

Aus dem  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften  
Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

## DISSERTATION

# **Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor rerum curae (Dr. rer. cur.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité –  
Universitätsmedizin Berlin

von  
Helma Bleses  
Landscheid – Burg/Salm

Dekan: Prof. Dr. med. Martin Paul

Gutachter: 1. Prof. Dr. sc. med. Friedhelm Dietze

2. Prof. Dr. Rüdiger H. Jung

3. Prof. Dr. med. J. Schulz

Datum der Einreichung: 6. August 2004

Datum der Promotion: 24. Januar 2005

## **Abstract**

### **Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal**

Die Studie befasst sich mit der Klärung des Konzeptes der Patientenorientierung im Krankenhaus. Bei der Ausrichtung der betrieblichen Leistungen auf die Bedürfnisse der Kunden - oder genauer - Patienten sind für den Dienstleistungsbereich 'Krankenhaus' besondere Anforderungen zu beachten.

Die Komplexität von Systemen der Leistungserbringung und die unterschiedlichen Interessen der an der Leistungserbringung beteiligten Anspruchsgruppen erfordert es, sowohl eine theoretische Konkretisierung vorzunehmen, als auch ein praktikables Instrument für die Erhebung und Beschreibung von Patientenorientierung in Krankenhäusern zu entwickeln. Die Studie weist messbare Indikatoren der Patientenorientierung aus und entwickelt hieraus ein Befragungsinstrument, dessen Güte durch Erhebungen in zwei Vergleichskrankenhäusern bestätigt werden konnte. Die Ergebnisse zeigen, dass Patientenorientierung von Patienten als Organisations- und Prozessqualität wahrgenommen und eingeschätzt wird.

Patientenorientierung ist eine konkrete Forderung im Qualitätsmanagement und der Erfüllungsgrad dient als Qualitätsmerkmal in der Leistungserbringung.

#### **Eigene Schlagworte**

Patientenorientierung, Kundenorientierung, Indikatoren, Qualität

## **Abstract**

### **Patient orientation as a quality feature**

The study sets a focus on the concept of patient orientation in hospitals and its economic and organizational impacts. The process of shifting the whole organization 'hospital' towards customers – or more precisely – patients' needs generates specific demands on management, quality of services and its structures.

The complexity of the organization, the variety and divergence of interests involved call both for a theoretical clarification of the concept and the development of an instrument to describe and measure the degree of patient orientation in hospitals. The study revealed indicators for patient orientation and were used to develop a new questionnaire. The quality of that instrument was tested and confirmed in two German hospitals. The results showed that patients can recognize and estimate patient orientation as part of the hospitals management(organization) and process quality.

Patient orientation has to be an important aspect of quality management and can be used as an indicator of organizational performance.

#### **Keywords**

Patient orientation, Customer orientation, Indicators, Quality

## Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Patientenorientierung .....</b>	<b>9</b>
2.1	Patientenorientierung oder Ganzheitlichkeit – eine Begriffsabgrenzung .....	9
2.2	Patientenorientierung in der Literatur .....	12
2.2.1	Die pflegetheoretische Perspektive .....	12
2.2.2	Die betriebliche Perspektive .....	16
2.2.3	Die praxisbezogene/-nahe Perspektive .....	20
2.3	Patientenorientierung – eine Begriffsbestimmung .....	24
2.4	Modell der Patientenorientierung .....	30
2.5	Indikatoren der Patientenorientierung .....	33
<b>3</b>	<b>Empirische Untersuchung.....</b>	<b>41</b>
3.1	Untersuchungsdesign.....	41
3.2	Bestimmung der Stichprobe .....	42
3.3	Qualitative Studie/Die Interviews .....	43
3.3.1	Der Interviewleitfaden.....	43
3.3.2	Vorbereitung, Durchführung, Datenaufzeichnung und Auswertung der Interviews .....	44
3.3.3	Ergebnisse aus den Patienteninterviews .....	46
3.4	Quantitative Studie/Die Befragung .....	51
3.4.1	Konstruktion des Fragebogens .....	52
3.4.2	Die Untersuchungsfelder.....	55
3.4.3	Zeitraum und Zeitpunkt der Untersuchungen .....	59
3.4.4	Stichprobenauswahl .....	60
3.4.5	Ablauf der Befragungen .....	60
3.4.6	Datenauswertung .....	60
3.5	Ergebnisse der quantitativen Studie.....	61
3.5.1	Beschreibung der Stichproben .....	61
3.5.2	Beschreibung der psychometrischen Daten.....	65
3.5.3	Ergebnisse zu Einweisung, Aufnahme und Räumlichkeiten .....	66
3.5.4	Ergebnisse zum Pflegedienst.....	70
3.5.5	Ergebnisse zum Ärztlichen Dienst.....	74
3.5.6	Ergebnisse zu Funktionsdiensten .....	80
3.5.7	Ergebnisse zur Entlassung.....	82
3.5.8	Ergebnisse zu Serviceangeboten.....	83
3.5.9	Gesamturteil des Krankenhausaufenthaltes.....	84
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>87</b>
4.1	Untersuchungsergebnisse.....	87
4.2	Empfehlungen für Praxis und weiterführende Fragestellungen.....	93
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>96</b>

## Literaturverzeichnis

## Abkürzungs, Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

## Anhang

## Ein Wort voraus

Die Idee zu dieser Arbeit entstand 1997, in einer Zeit, in der sich die Rahmenbedingungen und gesetzlichen Grundlagen im Gesundheitswesen so rasant verändert hatten und weiter veränderten, dass manches Krankenhausmanagement kaum in der Lage war, dem Reform- und Rationalisierungsdruck standzuhalten. Es wurden „Jahr um Jahr neue Methoden und Strategien ersonnen, Mittel *budgetiert, gedeckelt, eingefroren* und wieder *aufgetaut*, um der Probleme, insbesondere der *Kostenexplosionen*, Herr zu werden“ (s. Zwierlein 1997, S. 3)<sup>1</sup>. Humanität, Qualität und Wirtschaftlichkeit wurden zu Attributen, die häufig in Zusammenhang mit der Forderung nach höherer Patientenorientierung genannt wurden.

Ebenfalls 1997 war nach dreijähriger Laufzeit ein Modellprojekt in einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Rheinland-Pfalz, dem St. Elisabeth Krankenhaus Mayen GmbH (Krankenhaus I) zum Abschluss gebracht worden. Das Modellprojekt mit dem Titel: „Entwicklung eines ganzheitlichen Pflegesystems zum Abbau arbeitsbelastender und qualitätseinschränkender Auswirkungen der Funktionspflege“ war vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert worden. Im Mittelpunkt standen dabei die Sicherung und Steigerung der Pflegequalität, die Verbesserung von Arbeitsbedingungen für Mitarbeiter sowie die Erhöhung von Patientenorientierung durch die Erarbeitung und Erprobung neuer Konzepte der Patientenbetreuung im Krankenhaus.

Zentrales Anliegen war die Partizipation aller Mitarbeiter<sup>2</sup> im Untersuchungsfeld, wobei neben dem Pflegedienst alle Bereiche, in denen Mitarbeiter patientenbezogene Leistungen erbrachten, beteiligt wurden. Daher erfolgten im Verlauf des Projektes wissenschaftliche Begleitstudien zum Burnout-Syndrom, die die Auswirkungen der Modellaktivitäten auf das Pflegepersonal mittels einer „*systembezogenen Untersuchungsperspektive*“ (Büssing/Barkhausen 1997, S. 170)<sup>3</sup> untersuchten. Eine patientenbezogene Analyse der Wirkung erfolgte nicht.

Als Mitarbeiterin des Projektteams war ich maßgeblich an der Realisation des Modellprojektes beteiligt. Nach dem Modellprojekt wurden mir die Aufgaben Personalentwicklung, Öffentlichkeitsarbeit und Qualitätsmanagement im gleichen Hause übertragen, wodurch mir der Zugang zum Untersuchungsfeld erhalten blieb. So konnte ich die Sicht der Patienten im Zuge der vorliegenden Studie aufgreifen. Es war mein Ziel zu klären, welche Indikatoren das Konzept der Patientenorientierung abbilden, ob Patienten „Patientenorientierte Pflege, Behandlung und Leistungen“ als solche wahrnehmen, und ob die Ergebnisse aus der Untersuchung für das Krankenhaus- und Qualitätsmanagement genutzt werden können. Um das neu entwickelte Befragungsinstrument auf Reliabilität und Validität zu prüfen, wurde die Untersuchung in einem Vergleichskrankenhaus, dem der Krankenhaus-GmbH Landkreis Miltenberg, Krankenhaus Erlenbach (Krankenhaus II) durchgeführt. Das in Größe, Ausrichtung, Leistungsangebot und Patientenstruktur

vergleichbare Haus konnte durch persönlichen Kontakt zur Pflegedirektorin als zweites Untersuchungsfeld gewonnen werden.

Die Studie hätte ohne die Unterstützung anderer nicht durchgeführt und zum Abschluss gebracht werden können. Zu den Menschen, die mich unterstützt haben, gehören im Krankenhaus Erlenbach Anette Liller, Cornelia Göst, Dr. Uwe Schmitz und alle Patienten, die sich an der Befragung beteiligten.

Im Krankenhaus Mayen waren es alle Patienten, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die bereit waren, an Workshops und Interviews teilzunehmen und ihr Wissen sowie ihre Erfahrung zur Verfügung zu stellen und dazu beitrugen, dass die Patienteninterviews und -befragungen durchgeführt werden konnten. Zudem waren es jene Verantwortlichen, die meinem Forschungsvorhaben zustimmten und es unterstützten – allen voran Ludwig Cremer, Manfred Weber, Dr. med. Burckhard Engelke.

Besonderer Dank gilt aber meinen Betreuern Prof. Dr. Friedhelm Dietze und Prof. Dr. Theo Dassen, die mich auf meinem Weg begleiteten und mich durch wertvolle Beratung, viel Geduld und großes Vertrauen unterstützten.

Einen besonderen Anteil am erfolgreichen Abschluss dieser Studie hat meine Familie, besonders meine Mutter Maria Bleses. Und alle Freunde, an erster Stelle Roland Wunsch und Dr. Kerstin Rieder, sowie die vielen hier nicht genannten und genauso wichtigen Menschen, die mich auf dem langen Weg begleiteten.

Statt einer langen Rede, an deren Ende auch nur ein Wort stehen könnte, sage ich allen, die es nicht aufgaben daran zu glauben, dass ich diese Arbeit zu Ende bringe:

Danke!

---

<sup>1</sup> Zwierlein, E. (1997): Das Krankenhaus der Zukunft – Die Zukunft des Krankenhauses. Auf dem Weg zum „Magnet-Krankenhaus. In: Zwierlein, E. (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München. Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberger

<sup>2</sup> Als Tribut an eine flüssigere Lesbarkeit wird in dieser Arbeit in der Regel darauf verzichtet, bei den Begriffen „Patient, Mitarbeiter, Bürger, Krankenschwester, Schwester, Arzt, Kollegen, usw.“ das jeweils andere Geschlecht zu benennen; selbstverständlich sind sie eingeschlossen und werden freundlichst um Verständnis gebeten.

<sup>3</sup> Büssing, A; Barkhausen, M. (1997): Interdisziplinäre Zusammenarbeit und ganzheitliche Pflege. Eine systemorientierte Schnittstellenanalyse. In: Büssing, A. (Hrsg.) (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie. S. 163 – 192.

# 1 Einleitung

Das Gesundheitswesen und das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland sind von drastischen ökonomischen Restriktionen, von Kostendruck, Strukturveränderungen, von Sparzwängen und Konkurrenzdruck zwischen den Krankenhäusern geprägt. Die Auswirkungen lassen sich an drei markanten Punkten fixieren.

Erstens werden sie erkennbar an den veränderten wirtschaftlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowie an den Qualitätsanforderungen bei der Leistungserbringung in den Krankenhäusern. Hier stehen die Anforderungen und Maßgaben an Wirtschaftlichkeit und Qualität an oberster Stelle. Um die Qualität trotz der angeordneten Restriktionen der medizinisch-pflegerischen Leistung zu sichern, hat der Gesetzgeber mit dem Erlass des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000<sup>1</sup> Patientenorientierung *und* Mitarbeiterorientierung explizit gefordert. Sämtliche Leistungen, Interaktionen, Prozesse und Strukturen sollen auf diese Ziele hin überprüft und ausgerichtet werden.

Zweitens werden sie deutlich an einer veränderten Arbeitsorganisation und an zunehmender Arbeitsbelastung der Beschäftigten z. B. durch höheren Aufwand an Dokumentation und administrativen Tätigkeiten, bedingt durch die sinkende Verweildauer der Patienten.

Drittens haben sich Umfang, Art und Qualität der pflegerischen und medizinischen Betreuung von Patienten verändert. Qualität muss nicht nur bei der Leistungserbringung und gegenüber dem Leistungsbesteller (Krankenkassen) nachgewiesen werden, sondern auch gegenüber dem Leistungsempfänger, dem Patienten. Seine Erwartungen an Dienstleistung, soziale Betreuung und Serviceleistungen sind – bedingt durch bessere gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung, aber auch durch höhere Eigenbeteiligung und hohe Vorsorgeaufwendungen – gestiegen. Der Strukturwandel trifft auf das Bedürfnis von Patienten nach Sicherheit, Geborgenheit und Kontinuität (Straub 1993, S. 376)<sup>2</sup> und gleichzeitig auf ein verändertes Selbstverständnis und -bewusstsein von Patienten als Kunden von Gesundheits- und Dienstleistungen (vgl. Ament-Rambow 1998)<sup>3</sup>.

Vom mündigen Patienten wird erwartet, dass er sein Wissen und seine Erfahrungen in den Leistungsprozess einbringt (vgl. Langediekhoff 1999, S. 1)<sup>4</sup> und Verantwortung für den Dienstleistungsprozess übernimmt. Demzufolge werden Qualität und Produktivität moderner Gesundheitssysteme nicht allein vom Handeln der Leistungserbringer und dem Umgang mit dem Patienten bestimmt, sondern auch von der Motivation, Befähigung und Mitwirkungsmöglichkeit der Leistungsadressaten (Badura et al. 1999)<sup>5</sup>. Dabei kommt der Kommunikation und Interaktion zwischen Dienstleister und Leistungsnachfrager eine besondere Rolle zu. In seiner Rede zur Agenda21 bringt Badura (2002)<sup>6</sup> die Entwicklung mit seiner Feststellung: „Der Verbraucher ist stets Koproduzent.“ (ebenda, Hervorhebung im Original, S. 3) auf den Punkt. Der Autor weist darauf hin, dass nur der

Patient die gesamte Versorgungskette kennt und sein Wissen zu ihrer Optimierung bereitstellen sollte (ebenda, S. 7).

Die Forderung nach effektiven und effizienten Strukturen, Prozessen, Systemen und nach einer Kultur, in der der Patient im Krankenhaus die erforderliche, individuelle und auf seine Situation bezogene Hilfe bekommt, wird umso dringender. Bereits 1993 schließt Eichhorn (1993)<sup>7</sup> aus einer schon zu diesem Zeitpunkt seit langem geführten Diskussion um Leistungen und Kosten der Gesundheitswirtschaft in der Bundesrepublik:

„Die Forderung nach Patientenorientierung der Krankenhausarbeit wird (...) bei weitem nicht erfüllt. Dabei wird das grundlegende Zielelement eines jeden Krankenhauses, kranken Menschen zu helfen, einerseits durch die Organisation des Krankenhauses, andererseits durch die Wertvorstellungen und – daraus folgend – das Verhalten des Krankenhausespersonal tangiert“ (EICHHORN, ebenda, S. 241).

Badura (ebenda, S. 5) stellt dazu fest, dass Patientenorientierung „(...) bessere Führung, funktions-, berufsgruppen- und hierarchieübergreifende Gestaltung der Kernprozesse und ihre effiziente Erbringung im interdisziplinären Team“ bedeute, dies jedoch weder auf Kosten der Wirtschaftlichkeit und der Qualität noch auf Kosten des Wohlbefindens und der Gesundheit der Mitarbeiter gehen dürfe. Bienstein (1989, S. 216)<sup>8</sup>, die sich mit den Inhalten und der Zielsetzung von Patientenorientierung aus Sicht der Pflege auseinandersetzt, konstatiert, dass nur „personalorientierte Pflege“ patientenorientierte Pflege ermöglicht.

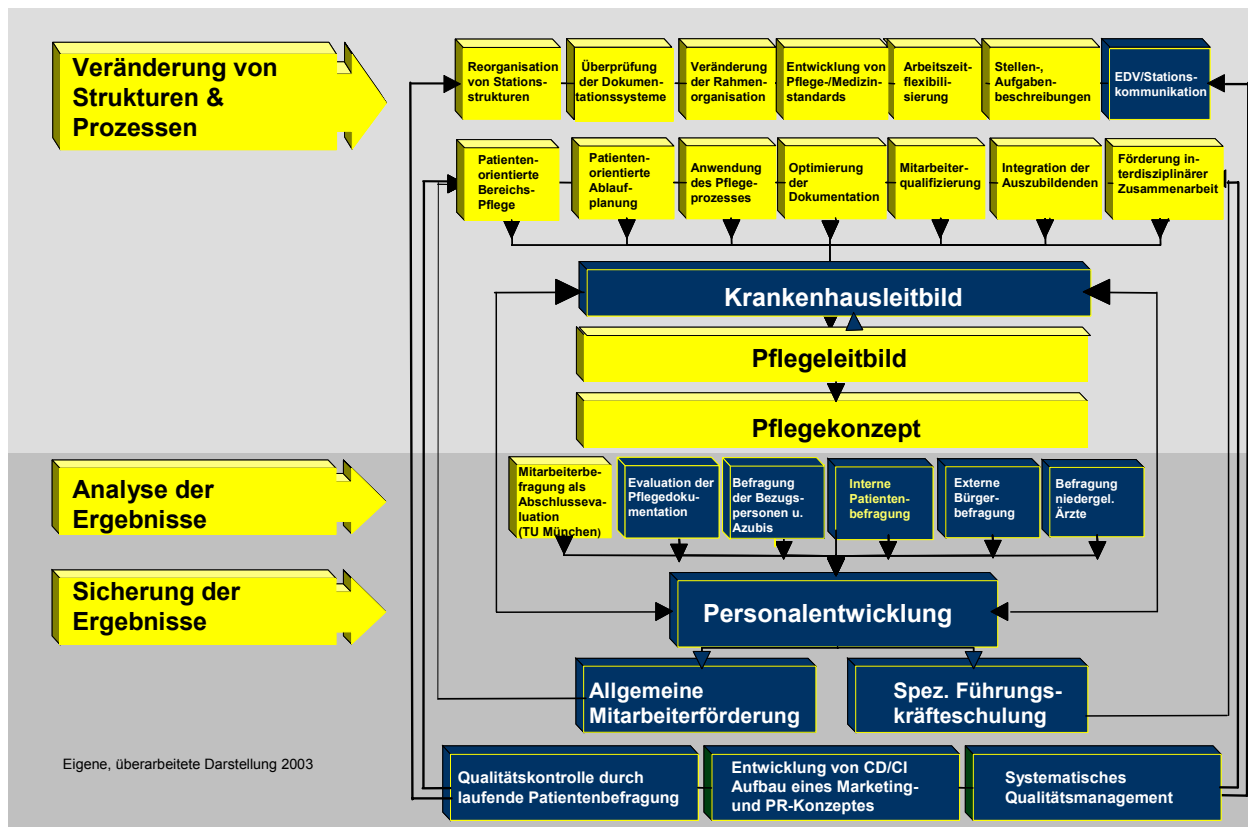
Die vorliegende Studie nimmt – wie einführend erwähnt – Bezug auf das Modellprojekt zur „Entwicklung eines ganzheitlichen Pflegesystems zum Abbau arbeitsbelastender und qualitätseinschränkender Auswirkungen der Funktionspflege“, das im folgenden Text kurz „Modellprojekt“ genannt wird. Mit dem Modellprojekt wurden die o. a. Diskussionen aufgegriffen und nachstehende Ziele systematisch verfolgt:

- Umstrukturierung der Arbeitsorganisation durch Schaffung vollständiger Arbeitsprozesse zur Erweiterung der pflegerischen Arbeitsinhalte;
- Förderung der Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Pflege durch Schaffung vollständiger Arbeitsbezüge und Abbau von Belastungen, die durch ständig wiederkehrende monotone Arbeiten entstehen;
- Entwicklung organisatorischer Modell-Lösungen für eine patientenorientierte Rahmenorganisation;
- Verbesserung der Pflegequalität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung;
- Entwicklung eines übertragbaren krankenhausspezifischen Projektmanagementmodells.

Um diese Ziele zu erreichen wurden Veränderungen von Strukturen und Prozessen vorgenommen, Ergebnisse analysiert und Maßnahmen zur Ergebnissicherung veranlasst. Abbildung 1: zeigt Maßnahmen, die zur Veränderung der Strukturen und Prozesse sowie der Analyse von Veränderungsmaßnahmen dienten (vgl. Bleses 2001<sup>9</sup>). Alle hell unterlegten Felder zeigen Aktivitäten an, die innerhalb der Projektzeit (1993-1996) stattfanden. Die dunkel hinterlegten Bereiche markieren alle Maßnahmen, die nach Ende der Projektzeit (ab 1997) zur Evaluation, zur Ergebnis- und Qualitätssicherung und



zur kontinuierlichen Verbesserung von Strukturen und Prozessen initiiert wurden. Die in dieser Studie beschriebene und in der Graphik ausgewiesene Befragung der Patienten war neben der Implementierung einer systematischen Personalentwicklung und eines Qualitätsmanagements eine von vielen richtungsweisenden Maßnahmen. Die Ergebnisse und Erfahrungen aus dem Modellprojekt wurden in zahlreichen Publikationen und abschließend in einem Projekthandbuch<sup>10</sup> zusammengefasst und veröffentlicht.



**Abbildung 1: Entwicklungsprozesse im und nach dem Modellprojekt**

Die Begriffe „ganzheitliches Pflegesystem“ und „patientenorientiertes Pflegesystem“ wurden zu Beginn des Modellprojekts diskutiert (Bleses 1998a, S. 3)<sup>11</sup>. Eine hinreichende Differenzierung der Begriffe konnte zum damaligen Zeitpunkt nicht erreicht werden; dennoch wurde die Entscheidung getroffen, statt von „Ganzheitlichkeit“ von „Patientenorientierung“ zu sprechen (s. Kap. 2.1). In einem Pflegekonzept, auf das Kap. 2.2.3 Bezug nimmt, wurden Merkmale von Patientenorientierung beschrieben. Wie einleitend erwähnt, wurde im Rahmen des Modellprojekts die Auswirkung der Umstrukturierungsmaßnahmen auf die Mitarbeiter wissenschaftlich untersucht, die Auswirkung auf die Patienten aber nicht. Die Frage, was Patienten als Patientenorientierung wahrnehmen, wurde ebenfalls nicht systematisch untersucht.

Für das Krankenhaus-Management besteht jedoch die Notwendigkeit, Behandlung, Betreuung, Versorgungsabläufe und Organisation im Krankenhaus so zu steuern, dass sowohl eine hohe Patientenorientierung wie auch eine entsprechende Mitarbeiterorientierung gewährleistet werden. Dies beinhaltet, neben der Sicht der Mitarbeiter auch die Erwartungen, Erfahrungen und Wünsche der Patienten zu kennen. Um eine Erfassung

der Patientensicht gewährleisten zu können, wurde die hier präsentierte wissenschaftliche Untersuchung vorgenommen.

### Forschungsfrage und Zielsetzung

Die vorliegende Studie dient der weiteren Klärung des Konzeptes der Patientenorientierung und greift die Sicht der Patienten auf. Sie untersucht die **Frage**, welche Indikatoren das Konzept der Patientenorientierung abbilden und ob Patienten die auf sie gerichteten Maßnahmen wahrnehmen. Dadurch sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Klärung und Operationalisierung des Konzeptes der Patientenorientierung.
- Darstellung von Indikatoren der Patientenorientierung.
- Einsatz und Erprobung eines Instrumentes zur Erfassung der Ausprägung von Patientenorientierung aus Sicht der Patienten mit den im Betrieb vorhandenen Ressourcen.
- Abbildung von Unterschieden im Zuge einer vergleichenden Studie.
- Ableitung von Möglichkeiten zum gezielten Einsatz von Managementmaßnahmen zur Erhöhung der Patientenorientierung und Ableitung von geeigneten Personalentwicklungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen für Mitarbeiter.

- 
- <sup>1</sup> Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2000 [GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000] (1999): In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 1999, Teil I, Nr. 59, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 1999, S. 2626 – 2656. hier: § 137 SGB V, vgl. Präambel der Vereinbarung: „Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern.“
- <sup>2</sup> Straub, C. (1993): Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle des Patienten. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik, und Patientenorientierung. Weinheim; München: Juventa-Verlag. S. 376 – 389
- <sup>3</sup> Ament-Rambow, C. (1998): Der Patient ist König – oder der Weg zum kundenorientierten Krankenhaus. Patientenzufriedenheit ist Dreh- und Angelpunkt der Arbeit. In: kw 3/98. S. 152 – 158
- <sup>4</sup> Langediekhoff, U. (1999): Patientenorientierung in der Pflege. Denkanstöße für den pflegerischen Alltag. Patientenorientierung nützt Kunden, Patienten, und dem Krankenhaus. In: Die Spritze 1/1999
- <sup>5</sup> Badura, B.; Hart, D.; Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos
- <sup>6</sup> Badura, B. (2002): Der Rollenwechsel von BürgerInnen und PatientInnen im Gesundheitswesen – Zukunftsvision für ein Partnerschaftsmodell. URL: [http://www.agenda21.nrw.de/-download/rede\\_badura.pdf](http://www.agenda21.nrw.de/-download/rede_badura.pdf) [15 März 2002]
- <sup>7</sup> Eichhorn, S. (1993): Patientenorientierte Krankenhausorganisation. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (1993): System Krankenhaus. a.a.O. (vgl. FN 2), S. 241-253
- <sup>8</sup> Bienstein, C. (1989): Inhalt und Zielsetzung der patientenorientierten Pflege. In: Krankenpflege (DBFK) 5; S.: 214-216
- <sup>9</sup> Bleses, H. (2001): Patientenorientierung – eine Utopie? In: Landenberger, M.; Münch, M. (Hrsg.) (2001): Innovation in der Pflege. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber. S. 61-69
- <sup>10</sup> Prognos (Hrsg.) (1998c): Patientenorientierung – eine Utopie?: Modellerfahrungen im Pflegedienst der St. Elisabeth Krankenhaus Mayen GmbH. Stuttgart: G. Fischer 1998
- <sup>11</sup> Bleses, H. (1998a): Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH. In: Pflegefachzeitschrift. 50. Jahrgang 2/98, Stuttgart: Kohlhammer. Beilage. S. 1-11

## 2 Patientenorientierung

Die Notwendigkeit einer stärkeren Patientenorientierung zieht sich bereits seit Mitte der siebziger Jahre wie ein roter Faden durch die Diskussionen um verbesserte Organisationsstrukturen von Krankenhäusern. Die Zunahme an Inhumanität im Krankenhaus wurde beklagt (vgl. Feuerstein/Badura 1991, S. 8f)<sup>1</sup>, der Ruf nach „Humanität und Wirtschaftlichkeit“ (Bartholomeyczik 1992)<sup>2</sup> wurde lauter. Vehement plädierte Badura für mehr „Humanität im Krankenhaus“ und stellte in einer von fünf Thesen zur Forschung und Gesundheitsförderung in der stationären Versorgung der Patienten fest:

„(...) Arbeit mit bzw. an Menschen unterscheidet sich grundsätzlich von jeder anderen Berufstätigkeit: weil es sich bei dem zu bearbeitenden Objekt auch um ein denkendes, fühlendes und tätiges Subjekt handelt, dessen Mitarbeit, dessen Motivation und dessen Kompetenz schon für den kurzfristigen, vor allem aber für den längerfristigen Arbeitserfolg eine erhebliche, manchmal auch entscheidende Rolle spielt“ (ebenda 1992, S. 675)<sup>3</sup>.

Wie sich allerdings patientenorientierte Leistungen qualifizieren, quantifizieren und messen lassen könnten, blieb bislang ebenso unklar wie eine schlüssige Definition des Begriffs Patientenorientierung. Deswegen schien es notwendig, zunächst eine Begriffsbestimmung vorzunehmen. Dabei wurden verschiedene Perspektiven berücksichtigt und pflegetheoretische, betriebliche und praxisnahe Modelle diskutiert. Schließlich wird in der vorliegenden Studie ein Modell entwickelt, das es erlaubt, Patientenorientierung zu operationalisieren.

### 2.1 Patientenorientierung oder Ganzheitlichkeit – eine Begriffsabgrenzung

In der pflegewissenschaftlichen Literatur werden die Begriffe „Patientenorientierung“ und „ganzheitliche Pflege/Ganzheitlichkeit“ vielfach in engem Zusammenhang, teilweise sogar synonym verwandt. Dennoch bestehen zwischen beiden Begriffen deutliche Unterschiede, sowohl in ihrer historischen Entwicklung wie in den mit ihnen verbundenen Implikationen in Bezug auf Ausbildung, berufliche Praxis und Entwicklung der Organisation Krankenhaus.

„Ganzheitlichkeit“ rekurriert auf das Aristotelische Verständnis, wonach das Ganze mehr sei als die Summe seiner Teile. Die Analyse der Einzelteile könne damit niemals die Gesamtheit bzw. die Gesamtwirkung einer Sache – in diesem Fall der Pflege – erklären, denn das Einzelne sei nur aus dem Ganzen heraus zu verstehen (vgl. Philosophisches Wörterbuch 1991, S. 228)<sup>4</sup>. Entwickelt wurde der Begriff vor allem im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Berufsbild der Pflege sowie der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen und im Rahmen der Auseinandersetzung mit Pflegeformen wie der Funktionspflege, die sowohl von Patienten wie auch Pflegenden als belastend und unzulänglich wahrgenommen wurde.

Maßgeblichen Vertretern des Konzepts von Ganzheitlicher Pflege (Juchli 1985<sup>5</sup>; Fiechter/Meier 1981<sup>6</sup>; Käppeli 1988<sup>7</sup>) gelang es so, das bislang vorherrschende Bild von

Pflege als einer dienenden und untergeordneten Tätigkeit ohne berufsspezifische Qualifikationen aufzubrechen. Diese primär in der Pflege geführte Diskussion hat den Blick auf Veränderungsbedarf und -möglichkeiten geschärft und Perspektiven für eine Weiterentwicklung des Berufsbildes eröffnet. Allerdings haben die Erläuterungen der Vertreterinnen der Ganzheitlichkeit nur bedingt zu einer Konkretisierung beigetragen: So vertritt Juchli (1992, S. 23)<sup>8</sup> die Meinung, dass „Ganzheitlichkeit nichts Neues – nichts Umwälzendes –“ ist, allenfalls „eine Herausforderung, eine Chance, ja eine Hoffnung“, die viel zu tun hat mit „Denken in übergreifenden Zusammenhängen, Integration der Vielfalt und Mannigfaltigkeit, Experimentieren und Forschen nach neuen Ansätzen des Lebens und Pflegens“. Für sie ist „Ganzheitliche Pflege (...) vielmehr dass“, was Mitarbeiter „als sinnvoll und menschengerecht“ – sich selbst und dem Kranken gerecht – „immer schon verwirklichen wollten und in Zukunft wieder verwirklichen möchten“ (dies., S. 40)<sup>9</sup>.

Wie eine Analyse von Meier (1989)<sup>10</sup> zeigt, wurde diese begriffliche Ungenauigkeit bereits früh kritisiert (vgl. Bischoff 1987<sup>11</sup>; Ostner 1979<sup>12</sup>; Kampmeyer/Schulte 1986<sup>13</sup>; Gikas 1988<sup>14</sup>). Bischoff (1993)<sup>15</sup> stellt in ihrer kritischen Auseinandersetzung mit dem Begriff „Ganzheitlichkeit“ fest, dass es sich dabei in der Pflege exakt um das handle, „was jeder beliebige Mensch sich hierunter vorstellt“ (ebenda, S. 1). Sie stellt die Frage: „Können wir Menschen ganzheitlich erfassen?“ und weist darauf hin: „Wir dürfen nicht vergessen, dass wir Menschen kein Wahrnehmungsorgan für Ganzheitlichkeit haben, wir sehen den Menschen in Ausschnitten und sind immer auf Vermutungen angewiesen“ (ebenda, S. 20).

Dennoch hielt der Begriff sogar Einzug in gesetzliche Regelungen: § 1 Abs. 3 der - 1997 aufgehobenen - Pflege-Personal-Regelung schrieb die Versorgung der Patienten nach einem „ganzheitlichen Pflegekonzept“ vor. Hintergrund war ein Verständnis von Ganzheitlichkeit als „sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten“, die „die Beobachtung des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten und der Umstände, die seine Gesundheit beeinflussen, sowie die Weitergabe dieser Beobachtungen an die an der Diagnostik, Therapie und Pflege Beteiligten“ einschließen solle (§ 4 des KrPflG 1985).

Auch in dem oben angesprochenen Modellprojekt war die Diskussion um die Begriffe „Ganzheitlichkeit“ und „Patientenorientierung“ zunächst Gegenstand mehrerer Sitzungen (Bleses & Lampmann 1998, S. 186 ff)<sup>16</sup> mit dem Bestreben, eine gemeinsame Zielvorstellung zu ermitteln. Einig war man sich in dem Anspruch, den Patienten als ganze Person wahrzunehmen. Dabei sollte sowohl sein Umfeld als auch seine Umwelt in Betracht gezogen werden. Die Mitarbeiter waren sich aber auch der zeitlichen, ökonomischen und eigenen Grenzen bewusst und stellten fest, nicht alles im vollen Umfang leisten zu können, was ein Patient von ihnen erwartet (Bleses et al. 1996, S. 118)<sup>17</sup>. Deshalb wurde der Beschluss gefasst, nicht von einem „ganzheitlichen Pflegesystem“ zu sprechen, sondern eine Präzision vorzunehmen und eine „patientenorientierte Pflege“ in der Organisationsform der „Bereichspflege“ anzustreben (Bleses 1998a, S. 3)<sup>18</sup>.

Seidl (1993, S. 167)<sup>19</sup>, die überhöhte Ansprüche wie "Pflegen mit ganzem personalem Sein" ablehnt sowie Richter & Saake (1996)<sup>20</sup>, die im Verlauf des Modellprojektes rieten: „den Begriff «Ganzheitlichkeit» als wissenschaftlichen Terminus in der Pflegewissenschaft aufzugeben (...)“, stützten die Entscheidung. Dieselben Autoren schlugen den Begriff „Patientenorientierung“ als den „geeigneteren Terminus (...)“ vor (ebenda, 1996, S. 177).

Im Rahmen ihrer Burnout-Studie und der Evaluation des Modellprojektes vertraten Büssing/Barkhausen/Glaser (1998, S. 190)<sup>21</sup> jedoch die Meinung, der Begriff «Patientenorientierung» benenne lediglich die Perspektive des Patienten und stelle nicht den Zusammenhang zwischen patientenorientierter Pflege, pflegerischen Arbeitsbedingungen und organisatorischem Rahmen dar, so dass Patientenorientierung nicht als integraler Teil der Pflege, sondern als zusätzliche Arbeit betrachtet werde. Sie stellen fest:

„Trotz der Kritik an holistischen Ansätzen in der Pflege (vgl. Richter & Saake, 1996) halten wir am Begriff der «Ganzheitlichkeit» fest. Damit bezeichnen wir nur keinen «möglichst umfassenden Zugang zum Patienten» (Richter & Saake, 1996, S. 178) und auch keine einheitliche Sicht der Pflegesituation. Im Gegenteil: (...) Unter Ganzheitlichkeit verstehen wir vielmehr die Integration von Patienten- und Mitarbeiterperspektiven, die alternativ bzw. präziser im Konzept eines «patientenorientierten und vollständigen Pflegesystems» zum Ausdruck kommt“ (BÜSSING/BARKHAUSEN/GLASER 1998, S. 190<sup>22</sup>).

Die Autoren gingen davon aus, dass „hinreichende Patientenorientierung“ nur eines der drei Kriterien neben „vollständigen Pflegeaufgaben“ und „Umsetzung des Pflegeprozessmodells“ darstellt, mit denen sich das Konzept der „ganzheitlichen Pflege“ kennzeichnen lässt (Büssing/Glaser 1997, S. 302)<sup>23</sup>.

**Zusammenfassend** bleibt festzuhalten, dass der Begriff „ganzheitlich“ in der pflegewissenschaftlichen Diskussion als Synonym für „umfassend, vollständig“ sowohl für den pflegerischen Umgang mit Patienten wie auch für die Gestaltung von Arbeitsprozessen und das Selbstverständnis der Pflege angewendet wird. Es soll damit versucht werden „... einer Zerstückelung der Pflege entgegenzuwirken und eine höhere Verantwortlichkeit und Sichtbarkeit der einzelnen Schwester und des einzelnen Pflegers zu erreichen.“ (Benner 1997, S. 161)<sup>24</sup>.

Dies schränkt die Operationalisierbarkeit von „Ganzheitlichkeit“ für die pflegewissenschaftliche Forschung beträchtlich ein: Da „Ganzheitlichkeit“ keine klaren Grenzen und damit keinen Orientierungsrahmen aufweist, ist es schwer zu beurteilen, wann Ganzheitlichkeit erreicht ist, bzw. wie weit man davon entfernt ist. Ganzheitlichkeit entzieht sich demnach der Beobachtung und Messung. Eine Gesamtheit muss in jedem Einzelfall neu definiert werden und zudem kann eine Analyse von Einzelteilen in der Tat nicht das Ganze erklären. Gleichwohl ist die Betrachtung von Einzelprozessen und Subsystemen unabdingbar, um Sachverhalte, Strukturen und Prozesse zu klären sowie Möglichkeiten und Grenzen zur Beeinflussung abzubilden.

Für den vorliegenden Forschungsgegenstand, insbesondere für die Entwicklung eines quantitativen Untersuchungsinstrumentes, die Untersuchung von Indikatoren im Zuge einer vergleichenden Studie, die Abbildung von Unterschieden und die Ableitung von

gezielten Maßnahmen zur Personalentwicklung und Qualitätssicherung, erscheint der Begriff „Ganzheitlich“ somit wenig geeignet.

Im Folgenden soll daher untersucht werden, ob der Begriff „Patientenorientierung“ eine bessere Alternative darstellt. Zu seiner näheren Bestimmung wurde dabei zunächst die einschlägige Literatur befragt.

## 2.2 Patientenorientierung in der Literatur

Die Zahl der Publikationen zum Thema „Patientenorientierung“ ist kaum überschaubar. Anstöße hierzu erfolgten aus unterschiedlichen Richtungen, mit unterschiedlichen Fragestellungen sowie aus zum Teil gegensätzlichen Interessen: Aus Pflegepraxis und Pflegeforschung, dem Bereich der Sozial- und Gesundheitswissenschaften, dem Bereich der Gesundheitsökonomie, Volks- und Betriebswirtschaft sowie der Politik. Es werden Betrachtungen aus drei verschiedenen Perspektiven angestellt: einer pflege-theoretischen, einer betrieblichen und praxisnahen Perspektive. Zur Eingrenzung der pflegetheoretischen Publikationen auf den Forschungsgegenstand greift die vorliegende Studie hier auf drei markante Studien zurück, die nachfolgend dargestellt werden.

### 2.2.1 Die pflegetheoretische Perspektive

Bekannte Pflegetheoretikerinnen und -praktikerinnen (etwa: Taubert 1983<sup>25</sup>; Batholomeyczik 1986<sup>26</sup>; Bienstein 1989<sup>27</sup>; Seidl 1993<sup>28</sup>; Bischoff 1994<sup>29</sup>; Wittneben 1998<sup>30</sup>) äußern sich zu dem Begriff der Patientenorientierung unterschiedlich; eine einheitliche Definition konnte nicht gefunden werden, gleichwohl zeigen sich wertvolle Grundlagen für die weitere Klärung des Konzeptes von Patientenorientierung.

#### 2.2.1.1 Patientenorientierung bei Johanna Taubert

Während des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten Modellversuchs „Menschengerechte Krankenpflege“ beschäftigte sich ein Arbeitskreis mit der Beschreibung des Begriffs „Patientenorientierung“. Im Jahre 1983 stellt Taubert (1992, S. 118f)<sup>31</sup> erstmals vor, was patientenorientierte Pflege für sie beinhaltet.

In **sechs Thesen** weist sie darauf hin, dass patientenorientierte Pflege ein Verständnis erfordere, bei dem der Mensch im Mittelpunkt stehe und nicht seine Krankheit (These 1). Sie stellt fest, dass die Voraussetzung für patientenorientierte Pflege ein Berufsverständnis sei, bei dem nicht die ärztliche Assistenz und nicht die Schreibtischarbeit im Mittelpunkt steht, sondern die Pflege des Kranken (These 2). In These 3 führt Taubert aus, dass patientenorientierte Pflege eine Neuorientierung erfordere und herkömmliche Krankenpflegeideale hinterfrage, die eventuell abgebaut werden müssten. Nach ihrer Auffassung widerspricht die Funktionspflege der patientenorientierten Pflege. Sie sieht vielmehr eine Voraussetzung für die Durchführung der patientenorientierten Pflege in einer Organisation, bei der Pflegenden für die gesamte Pflege weniger Patienten verantwortlich sind (These 4). Für Taubert ist die Planung der Pflege des einzelnen Patienten

ein wesentlicher Bestandteil der patientenorientierten Pflege. Sie weist auf die Bedeutung der Einstellung von Pflegenden hin, bei der die Pflegeplanung einen wichtigen Faktor im Prozess der Gesundung des Kranken oder in der Begleitung seines Sterbens darstellt. Ein Fehlen dieser Einstellung bei Mitarbeitern müsse dazu führen, dass Planung nicht mehr sei als ein Zuwachs an Schreibarbeit und ein weiteres technisches Mittel (These 5). In These 6 stellt sie fest, dass patientenorientierte Pflege die Persönlichkeit und Kreativität des Pflegepersonals fordert und Patientenorientierung eine größere Berufszufriedenheit schafft.

Bei der Auseinandersetzung mit den Thesen von Taubert wird deutlich, dass sie primär auf die Haltung bzw. Einstellung der Mitarbeiter zu ihrer Arbeit und auf Arbeitsorganisation gerichtet sind. Offen bleibt dabei, wie Patienten in den gesamten Aufnahme-, Behandlungs-, Betreuungs- und Entlassungsprozess im Krankenhaus eingebunden werden.

### **2.2.1.2 Patientenorientierte versus krankenhausorientierte Pflege bei Elisabeth Seidl**

Bei der Gegenüberstellung von patientenorientierter versus krankenhausorientierter Pflege zeigt Seidl (1993)<sup>32</sup> auf, dass die Ziele von patientenorientierter Pflege die Ziele der Kranken selbst sind. Nach ihrer Vorstellung werden diese Ziele von der Bezugsperson erfasst und mit dem Patienten zusammen formuliert. Zur Erreichung der Ziele sollen die Kranken von einem „therapeutischen Team“ (ebenda, S. 167) unterstützt werden. Die Haltung der Pflegenden bezeichnet Seidl als „partnerschaftlich“ und „symmetrisch“ und hebt hervor, dass Pflegende Beratende für den Patienten sind, die dessen Erfahrung berücksichtigen und seine Wünsche ernst nehmen. Dabei gestalten sie die Umgebung des Kranken so, „(...) dass seine Menschenwürde gewahrt und seine Autonomie erhalten und gefördert wird. Die Pflege (...) stellt hier einen eigenständigen Bereich dar, der professionelles Wissen voraussetzt und kreatives, der jeweiligen Situation angepasstes Vorgehen beinhaltet.“ (ebenda)

Die Autorin beschreibt einen Umdenkprozess der Pflegepersonen, der darin besteht, „(...), von der Überbetonung des Funktionierens einer Abteilung, von der zweckrationalen Organisation der Tätigkeit Abstand zu nehmen, um den kranken Menschen in den Mittelpunkt zu stellen“ (dies. 1993, S. 160).

Für Seidl zielt Patientenorientierung zum einen auf den Patienten mit seinen Bedürfnissen, Erfahrungen, seiner Autonomie und seinen Ressourcen. Zum anderen richtet sie sich auf die Fachkompetenz der Mitarbeiter und darüber hinaus auf eine Haltung der Mitarbeiter, die den Patienten als Mensch mit seiner Erkrankung in den Mittelpunkt stellt. Sie bezeichnet patientenorientierte, individuelle und umfassende Pflege als „adäquate Form des Umgangs mit dem Kranken“ und fasst alles zusammen als Konzept der „ganzheitlichen Pflege in seiner positiven Bedeutung“. Gleichzeitig weist sie darauf hin,

dass sie sich abgrenzt von überhöhten Ansprüchen und extremistischen Positionen bezogen auf „Ganzheitlichkeit“.

### 2.2.1.3 Konzept der multidimensionalen Patientenorientierung nach Karin Wittneben

Von 1985 bis 1989 entwickelte Wittneben (1998)<sup>33</sup> das Modell der *multidimensionalen Patientenorientierung*. Ihr Modell baut auf den grundlegenden Dimensionen „Verrichtungsorientierung, Symptorientierung, Krankheitsorientierung, Verhaltensorientierung, Handlungsorientierung“ auf, die durch Interkulturelle Pflegeorientierung, Interaktions- sowie Kommunikationsorientierung“ erweitert werden. Wittneben (1991, S. 3)<sup>34</sup> diskutiert Patientenorientierung im Vergleich zum entgegengesetzten Phänomen der Patientenignorierung. Ihr Modell erlaubt es, den unterschiedlichen Grad beider Phänomene systematisch darzustellen. In ihrem Stufenmodell nimmt der Grad an Patientenorientierung und Pflegequalität zu, bei gleichzeitiger Abnahme des Phänomens der Patientenignorierung. Dabei sind die Inhaltsmerkmale der niedrigeren Stufe jeweils in der nächst höheren, komplexeren Stufe integriert.

Die Stufe der **Verrichtungsorientierung** weist den niedrigsten Grad der Patientenorientierung und Pflegequalität aus. Sie ist neben einer Sammlungs- und Ordnungsfunktion für Befunde und Erkenntnisse (Wittneben 1993, S. 204)<sup>35</sup> auf die Durchführung von ärztlichen Anordnungen beschränkt. Gespräche von Mitarbeitern am Bett des Patienten (z.B. beim Transport), die den Kranken nicht wirklich einbinden, können jedoch als patientenignorierend eingestuft werden. (vgl. Arets et al. 1996: 159)<sup>36</sup>. Durch Verständnis, Kommunikation, Interaktion unter Berücksichtigung z. B. interkultureller Aspekte bei der Ausführung der pflegerischen Verrichtungen kann eine höhere Stufe erreicht werden.

Der Grad der Patientenorientierung und Pflegequalität steigt bei der Stufe der **Symptorientierung**, die zunächst „an das herkömmliche Konzept der Krankenbeobachtung anknüpft“ (Wittneben ebenda, S. 204) und nur auf medizinische Symptome gerichtet ist. Erst durch die Beobachtung und Einschätzung pflegerischer Symptome wird ein höherer Grad an Patientenorientierung erreicht.

Bei der sog. **Krankheitsorientierung** erfährt der Grad der Patientenorientierung und der Pflegequalität eine weitere Steigerung: Systemzusammenhänge müssen erfasst werden, die ein hohes Maß an Kompetenz der Pflegenden voraussetzen. „Krankheitsbezogenheit „(...) enthält ein Anregungs- und Ordnungspotenzial für ein Denken und Handeln in medizinischen Symptomzusammenhängen“ (dies., 205). Wittneben wertet dies als Element der Patientenorientierung, weil die Person, die die Erkrankung „hat“ (ebenda 1998, S. 15) und mit dieser Erkrankung zum Patient wird, deshalb zur pflegerischen Betreuung und medizinischen Behandlung kommt.

Mit **Verhaltensorientierung** kennzeichnet Wittneben verhaltensorientierte, bzw. patientenfördernde Pflege, die von hoher Empathie, Sorge für Ruhephasen, für Erholung und Entspannung geprägt ist. Pflegende erkennen die Angst des Patienten, sorgen für



Schmerzmittel z.B. vor schmerzhaften Verbandswechsels und wahren die Privatsphäre des Patienten (vgl. hierzu weiterführend Bauer 1996)<sup>37</sup>. Der Patient ist nicht mehr nur Empfänger von Leistungen, sondern wird wahrgenommen als reagierende Person. Wittneben (1998, S. 34) räumt dem Gedanken der Schonung des Patienten eine hohe Priorität ein.

Die Autorin beschreibt schließlich **Handlungsorientierung** als aktivierende (fördernde) Pflege, wobei sie sich an das Selbstpflegedefizitmodell nach Orem (1985)<sup>38</sup> anlehnt.

Auf dieser höchsten Stufe des Modells wird der Patient auch als agierende Person wahrgenommen und nicht mehr nur als reagierende (Wittneben 1993, S. 204)<sup>39</sup>, wie auf der Stufe Verhaltensorientierung. Handlungsorientierung ist zusätzlich gekennzeichnet durch ein erweitertes Pflege-Verständnis über den einzelnen Patienten hinaus. So werden auf dieser Stufe Angehörige mit einbezogen und allgemeine gesundheitspolitische Aufgaben wie Prävention und Beratung Gesunder berücksichtigt.

Durch Verhaltens- und Handlungsorientierung kann – wie gezeigt wurde – der Grad der Patientenorientierung und Pflegequalität im Bereich der unmittelbaren pflegerischen Tätigkeiten optimiert werden. Dabei bleibt allerdings offen, ob Patienten die notwendige Anpassung der pflegerischen Maßnahmen auch adäquat wahrnehmen (können). Deswegen ergänzt Wittneben die bereits genannten Stufen durch die beiden Dimensionen **Interkulturelle Pflegeorientierung** nach dem Modell der transkulturellen Pflege von Leininger (1991)<sup>40</sup> sowie **Interaktions- und Kommunikationsorientierung** nach der „Theorie des kommunikativen Handelns“ von Habermas (1981)<sup>41</sup>.

Wittneben integriert die Theorie von Habermas in ihr Modell und weist damit darauf hin, dass der Patient aus der Rolle des Objekts, das ärztliche oder pflegerische Hilfe erhält, in die Subjektrolle wechselt, weil er das Recht auf Selbstbestimmung und Mitentscheidung erhält. Der Patient wird, wenn eine Verständigung mit ihm über (Be-)Handlungen stattfindet (symmetrische Kommunikation), aktiv in seinen Genesungsprozess eingebunden. Wirken Pflegende auf den Patienten ein (zweckrationale Kommunikation), so hat der Patient weniger Einflussmöglichkeiten. Indem der Patient in seinen Behandlungsprozess und vor allem in Entscheidungen eingebunden wird, nehmen die Pflegenden bei ihren Handlungen eine partnerschaftliche Rolle ein.

Busch (1996)<sup>42</sup> hat das heuristische Modell der multidimensionalen Patientenorientierung als Analysemodell zur Interpretation von Patiententexten herangezogen und stellt fest, dass „Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten wenig entwickelt ist bzw. in einigen Fällen weitgehend fehlt“, wobei doch „Kommunikation der Schlüssel zur Patientenorientierung ist“ (ebenda, S. 182).

Während der Ansatz von Wittneben geeignet ist, den Grad der Patientenorientierung und der Pflegequalität in der direkten Tätigkeit am und der Interaktion mit dem Patienten zu beschreiben – und hieraus Kriterien und Indikatoren für diesen Bereich zu entwickeln –, wird auf Zusammenhänge im Gesamtsystem Krankenhaus nicht Bezug genommen. Die Aufgaben z. B. von Funktionsabteilungen, internen und externen

Dienstleistern, Verwaltung und Management lassen sich in den Dimensionen von Wittneben nicht abbilden. Aspekte, die die Struktur, das System und die Kultur des Unternehmens betreffen, würden so einer genaueren Untersuchung und einer gezielten Steuerung verschlossen bleiben. Das Modell der multidimensionalen Patientenorientierung sollte demnach in ein gesamtbetriebliches Modell eingebunden werden.

## **2.2.2 Die betriebliche Perspektive**

Im Zuge der eingangs erwähnten strukturellen Veränderungen im Gesundheitswesen und spätestens mit der Verpflichtung der Krankenhäuser, sich lt. SGB V § 137 an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beteiligen, muss dem „Patient“ zunehmend auch die Rolle als „Kunde“ von Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen eingeräumt werden. Sowohl die Selbstwahrnehmung wie auch die innerbetriebliche Wahrnehmung der Patienten hat sich verändert: Durch Aufklärung und Information (vgl. Stöhr/Stöhr 1997, S. 372)<sup>43</sup> sind die Bürger heute deutlich besser informiert. Mit diesem Wissenshintergrund sind sie in der Lage, aktiv in den Behandlungsprozess einzugreifen. Grundsätzlich kann heute jeder Patient das Krankenhaus, in dem er sich behandeln lässt, frei wählen, sich für Leistungen entscheiden, sie nicht oder an anderer Stelle (z. B. ambulant oder in Spezialklinken) in Anspruch nehmen. Das bedeutet einen Wechsel von der Rolle des passiven Teilnehmers der Versorgungskette (vgl. Braun von Reinersdorf 2002, S. 134<sup>44</sup>), vom im Wortsinne ‚Erduldenden‘ zum ‚Kundigen‘ (s. „kundig“ in: Wahrig 2002, S. 788)<sup>45</sup> ‚Eingeweihten‘ (ders., S. 391) und (potenziellen) Käufer von Waren oder Dienstleistungen. Krankenhäuser ihrerseits stehen durch Bettenabbau, Kosten- und Rationalisierungsdruck in Konkurrenz zueinander und müssen sich um jeden einzelnen Patienten, d. h. Kunden bemühen.

### **2.2.2.1 Elemente der Kundenorientierung**

Ein Kunde ist „Bedürfnisträger“, „Kaufkraftträger“, „Leistungsveranlasser“ und „Leistungsempfänger“ (vgl. Haubrock/Schär 2001, S. 14)<sup>46</sup>. Dies lässt sich teilweise auf den Patienten übertragen: Aufgrund seiner Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit ist er „Bedürfnisträger“ mit der Einschränkung, dass er „nicht im Krankheitsfall die Wiedererlangung der Gesundheit durch konkrete Festlegung der ärztlichen und pflegerischen Behandlung bestimmen“ kann (ebenda). Der Patient ist „Leistungsempfänger“, indem er die Leistungen in Anspruch nimmt. „Kaufkraftträger“ und „Leistungsveranlasser“ ist der Patient nur eingeschränkt, denn letztendlich entscheidet der Arzt, welche Leistungen der Patient benötigt und erhält.

Die Einschätzung, dass der Patient auch als Kunde gesehen werden muss, hat sich auch in der Literatur durchgesetzt (z.B. Gohde 1996<sup>47</sup>; Eichhorn/Schär 1997<sup>48</sup>; Simon 1997<sup>49</sup>; Ament-Rambow 1998<sup>50</sup>; Braun von Reinersdorf 2002<sup>51</sup>). So gehört „die Entdeckung des Patienten als Kunden“ nach Ansicht von Gärtner (1997, S. 124)<sup>52</sup> zur Logik der „ökonomischen Gesichtspunkte“, die einen konstitutiven „Bestandteil des Gesund-

heitswesens“ darstellen. Die Kundenperspektive sei zudem dazu geeignet zu klären, wofür das Krankenhaus und die Mitarbeiter da sind (ebenda).

Trotz dieses Einstellungswandels wird die Eigensicht von Patienten aber auch künftig nicht eindeutig und ausschließlich den Polen „Patient“ bzw. „Kunde“ zuzuordnen sein. Dies wird bedingt u. a.

- durch die Spezifika der jeweiligen Gesundheitsstörung (z. B. Akutfall oder geplante Behandlung);
- durch die individuelle psycho-soziale Situation des Patienten (z. B. stabil und sozial integriert versus labil und ggf. vereinsamt);
- durch die ökonomischen Umstände (z. B. professionelle und hochwertige Betreuung außerhalb des Krankenhauses möglich oder nicht).

Ein eng gefasster Kundenbegriff kann weder den Intentionen des Patienten noch seinen Reaktionen auf die situativen Gegebenheiten eines Krankenhauses gerecht werden. Die als Folge neuer Informationsmöglichkeiten zunehmend anspruchsvollere Erwartungshaltung von besser informierten Patienten (vgl. hierzu Braun von Reinersdorf 2002, S. 134)<sup>53</sup> nach einer „garantierten“ Therapie unter Berücksichtigung „alles Machbaren der modernen Medizin und Technik“, wie sie durch Medieninformationen vermittelt wird, unterstreicht vielmehr eine spezifische Eigenwahrnehmung seitens des Patienten als Kunde: Gerade wegen der Ausnahmesituation, in der sie sich befinden, ist es Patienten kaum zu vermitteln, wenn z. B. bei Routineoperationen Komplikationen auftreten (Köhler 1995, S. 86f, zit. n. Stöhr/Stöhr 1997, S. 373)<sup>54</sup>. Sie setzen somit ihren Kundenanspruch nach Qualität und Kundenorientierung absolut und tendieren dazu, Kosten- und Kapazitätsfragen, aber auch die Frage nach dem realistisch zu erwartenden Ergebnis zu negieren. Die Bedeutung dieses spezifischen Kundenverhaltens wird zusätzlich verstärkt durch die beiden Faktoren,

- dass Patienten im Krankenhaus aufgrund ihres - in der Regel - Laienwissens nur bedingt die Qualität und die Richtigkeit der Leistungen beurteilen und daher ohne die Einbindung von Ärzten kaum alleine eine Entscheidung über Behandlungsform und -weg treffen können (vgl. BRAUN VON REINERSDORF 2002, S. 133)<sup>55</sup>,
- und dass Patienten die Qualität der Leistung nur dann bewerten können, nachdem sie in Anspruch genommen wurde. Ein direkter Vorhabvergleich mit anderen Anbietern ist damit ausgeschlossen. (vgl. THILL 1999, S. 44)<sup>56</sup>.

Auch wenn nach Gärtner (1997, S. 125)<sup>57</sup> die Bezeichnung ‚Kunde‘ den „größeren Würdetitel“ ‚Patient‘ nicht vollständig ersetzen kann, ermöglicht die Entdeckung des Patienten als Kunden eine Anpassung an geänderte Rollenverständnisse und Rahmenbedingungen und zugleich auch Kundenorientierung [Kühn (1991) und Bruhn (1995c, S. 393)]<sup>58</sup>. Für die Schaffung von Patienten-/Kundenorientierung sind die Ausrichtung auf ihren Bedarf sowie die entsprechenden Verhaltensweisen aller Unternehmensmitglieder erforderlich (Bruhn 2003, S. 151)<sup>59</sup>. Da Patienten/Kunden als Empfänger der Dienstleistungen diejenigen sind, die am besten beurteilen können, ob ihre Erwartungen und Erfordernisse erfüllt werden und dies auch entsprechend kommunizieren können (vgl.

Ament-Rambow 1998, S. 158)<sup>60</sup>, müssen sie kontinuierlich danach gefragt werden. Deshalb müssen – sollen die Konsequenzen der Befragung für Patienten erkennbar sein – entsprechende Maßnahmen eingeleitet und kommuniziert werden.

### 2.2.2.2 Das „integrierte System der Kundenorientierung“ von MANFRED BRUHN

Als besonders wertvoll für die vorliegende Studie erwies sich das sog. „integrierte System der Kundenorientierung“ von Bruhn (1999, S. 14; 335ff)<sup>61</sup>. Der Begriff der Kundenorientierung wird definiert als

„(...) die umfassende, kontinuierliche Ermittlung und Analyse der Kundenerwartungen (...) deren interne und externe Umsetzung in unternehmerische Leistungen sowie Interaktionen mit dem Ziel, langfristig stabile und ökonomisch vorteilhafte Kundenbeziehungen zu etablieren“ (ders., S.10).

„Langfristig stabile und ökonomisch vorteilhafte Kundenbeziehungen“ sind dabei nicht eindimensional – zugunsten des Unternehmens – zu verstehen; sie beinhalten vielmehr das gleichberechtigte Interesse von Kunden an präzise auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete Leistungen. Die im Modell von Bruhn zur Analyse des Ist-Zustandes der Kundenorientierung gewählten vier Dimensionen „Kundenorientierte Strukturen, Kundenorientierte Systeme, Kundenorientierte Kultur und Kundenorientierte Leistungen und Interaktionen“ (vgl. Abbildung 2) bieten sich als Bezugsrahmen für das Konzept der Patientenorientierung an. Sie wurden aus diesem Grunde in der vorliegenden Studie auf das Krankenhaus und auf Patienten übertragen.

Nachfolgend werden Grundzüge des Systems erläutert. Gleichzeitig wird der Transfer zum Krankenhaus hergestellt.

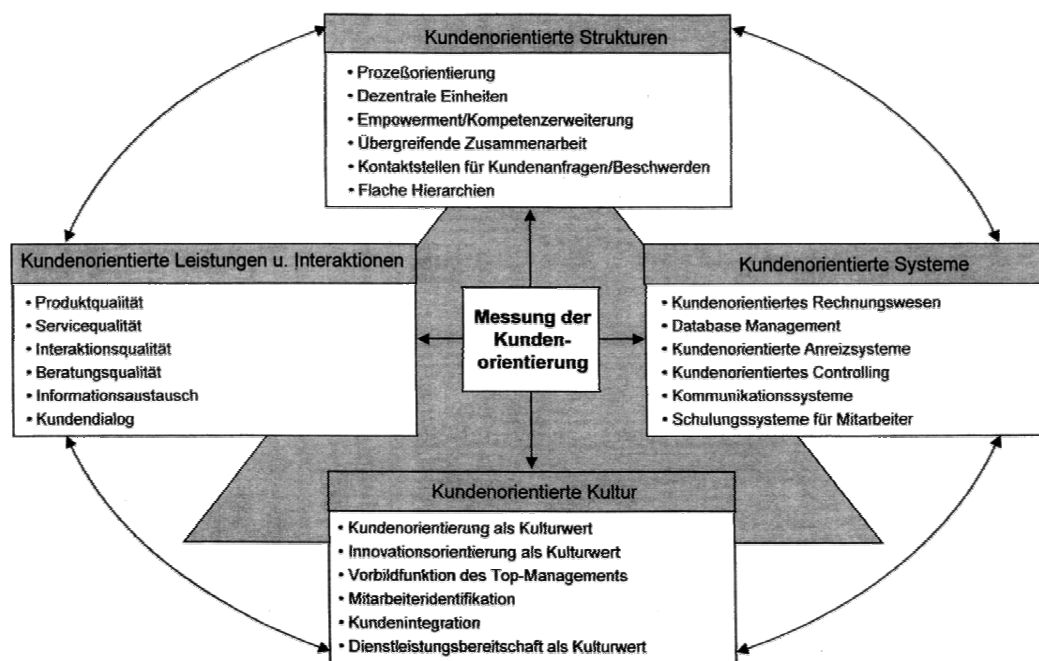


Schaubild 10.5: Integriertes System zur Messung der Kundenorientierung

Abbildung 2: Integriertes System zur Messung der Kundenorientierung von Manfred Bruhn (1999)

### **Dimension 1: Kunden-/Patientenorientierte Strukturen**

Bei der Orientierung am Patienten geht es wie bei Kundenorientierung und Kundenbeziehungen um Dienstleistungen am Menschen und um deren Bedürfnis- und Erwartungserfüllung. In einem Unternehmen wie im Krankenhaus kann die Dimension *Kundenorientierter Struktur* insbesondere durch eine Analyse von unternehmensinternen Abläufen, Organisations- und Kommunikationsstrukturen, Hierarchieaufbau und Kompetenzverteilung abgebildet werden. In einem Krankenhaus zählt dazu auch der Grad der interdisziplinären Zusammenarbeit sowohl zwischen den Fachdisziplinen wie auch mit Funktionsdiensten, Verwaltung und internen Dienstleistern. Die Analyse dieser Subsysteme bietet Hinweise auf Stärken und Schwächen in der Patientenorientierung des Unternehmens. Markiert werden sie u. a. durch Wartezeiten, Doppeluntersuchen, Informationsdefizite, Zeitverzögerungen in Behandlung und Pflege, Fehleinschätzungen der Situation des Patienten, Fehldiagnosen und ggf. falsche Therapien verbunden mit höheren Kosten und z. B. längerer (überdurchschnittlicher) Verweildauer.

### **Dimension 2: Kunden-/Patientenorientierte Systeme**

Die Ausrichtung des Gesamtunternehmens und seiner Subsysteme auf den Kunden/Patienten und seine Wünsche und Erfordernisse kennzeichnet ein „*kunden-/patientenorientiertes System*“. Ein Unternehmen - unabhängig davon, ob es Kunden oder Patienten betreut - muss prüfen, welche Systeme es gibt, um Patientenorientierung umzusetzen, und welche die geeigneten und passenden sind. Es hat die Aufgabe entsprechende Systeme zu definieren bzw. zu erarbeiten. Maßnahmen zur Ausrichtung sind u. a. Organisationsentwicklung, Qualitätsmanagement, Controlling, interne und externe Informationssysteme, innerbetriebliches Vorschlagswesen, innerbetriebliche Fortbildung, problem- und themenzentrierte Arbeitsgruppen, in denen Mitarbeiter an der Weiterentwicklung des Unternehmens mitwirken können. Gradmesser für die Ausrichtung des Unternehmens auf den Patienten können u. a. die Information über Arbeitsabläufe und -zusammenhänge, die Anpassung oder Anpassbarkeit von Arbeitsabläufen an die Wünsche/Erfordernisse des Patienten (z. B.: Essen, Essenszeiten und Tagesabläufe wie Wecken, Untersuchungs- und Visitenzeiten) sein.

### **Dimension 3: Kunden-/Patientenorientierte Kultur**

Wie bei der „*Kundenorientierten Kultur*“ muss im Krankenhaus der Durchdringungsgrad einer patientenorientierten Kultur geprüft und durch Indikatoren abgebildet werden. Da ggf. nur eine Befragung der Mitarbeiter selbst Aufschluss über deren Haltung geben kann, ist es notwendig, Indikatoren für bestimmte Handlungen und bestimmtes Verhalten festzulegen, die Rückschlüsse auf die Kultur zulassen (z.B. Mitarbeiter vermitteln dem Patienten und deren Angehörige das Gefühl, willkommen zu sein).

#### **Dimension 4: Kunden-/Patientenorientierte Leistungen und Interaktionen**

Elementar und vom Patienten in der Regel direkt wahrnehmbar sind die Qualität von Pflege, Behandlung, Beziehungen sowie der direkte Service und Dienstleistungen. Ein Unternehmen muss Indikatoren finden, mit denen gemessen werden kann, ob Mitarbeiter die Wünsche von Kunden/Patienten kennen bzw. erfüllen. Entscheidend ist, wie Mitarbeiter darauf reagieren und ob, beziehungsweise wie, Patienten in Leistungsprozesse eingebunden werden. Analysiert werden müssen demnach im Krankenhaus „Pflege- und Behandlungsqualität, Informations- und Beratungsqualität, Kommunikationsqualität, Interaktionsqualität sowie Service- und Dienstleistungsqualität“. Geprüft werden muss auch, ob das Gesamtangebot – wie bei der Kundenorientierung – für Patienten transparent ist und welche Zusatzangebote es gibt (findet z.B. Werbung statt oder Veranstaltungen für Patienten). Zur Verbesserung der Patientenorientierten Leistungen und Interaktionen ist ein Abgleich zwischen Patienten-/Kundenerwartungen und deren Erfüllung erforderlich, so dass gezielte Veränderungsmaßnahmen abgeleitet werden können.

Das „integrierte System der Kundenorientierung“ bietet für die vorliegende Studie einen theoretischen Bezugsrahmen, in dem sowohl betriebliche wie organisatorische, kulturelle und fachliche Aspekte patientenbezogen analysiert und dargestellt werden können. Damit können die Lücken der Ansätze aus einer pflegetheoretischen Perspektive (Taubert, Seidel, Wittneben, vgl. Kapitel 2.2.1) geschlossen werden. Gegenüber dem von Büssing (vgl. Kapitel 2.1) vertretenen Verständnis von Ganzheitlichkeit bietet ein auf dem integrierten System der Kundenorientierung von Bruhn aufbauendes Modell der Patientenorientierung den Vorteil eines übergreifenden Ansatzes, der nicht nur Patienten- und Mitarbeiterperspektiven sondern auch gesamtbetriebliche und externe Perspektiven integriert.

Allerdings bedarf das Modell von Bruhn einer weiteren Anpassung an die Besonderheiten der spezifischen Unternehmenssituation „Krankenhaus“: Die Anpassung an besondere Strukturen, Systeme, die Unternehmenskultur sowie die Art der kundenorientierten Leistungen und Interaktionen, die im Krankenhaus erbracht werden. Patienten sind eben nicht nur Kunden, sondern vor allem Patienten.

Besonderes Augenmerk soll daher in dieser Studie auf die Dimension „*Kundenorientierte Leistungen und Interaktionen*“ gelegt werden. Die Formen der Kommunikation, Information, Beratung und Interaktion mit dem Kunden lassen sich prinzipiell auf den Patienten übertragen, so dass Kundenorientierung einen Bezugsrahmen für die Darlegung von Indikatoren der Patientenorientierung bieten kann.

#### **2.2.3 Die praxisbezogene/-nahe Perspektive**

Die praxisbezogene/-nahe Perspektive von Patientenorientierung wird am Beispiel des eingangs erwähnten Modellprojektes dargestellt. Im Laufe des Modells wurde folgende Definition zur patientenorientierten Arbeitsorganisation entwickelt:

„Der Patient wird von Pflegepersonen im Prinzip der patientenorientierten Pflege als Person angenommen, und nicht nur auf die Summe seiner Pflegeprobleme und Pflegeressourcen reduziert. Er wird als Person betrachtet, als psycho-bio-soziale Einheit, die ihre Lebensbiographie hat und in ihrer Lebensumwelt lebt, mit einer ihr eigenen Enkulturation und Sozialisation (Rogers, M. E. 1990). Einzelne Tätigkeiten am Patienten werden von der jeweiligen Pflegeperson zu Arbeitsaufgaben zusammengefasst. Diese Aufgaben werden geplant mit Hilfe des Pflegeprozesses durchgeführt und entsprechen dabei dem Konzept der vollständigen Tätigkeit (...)“ (BLESSES 1997)<sup>62</sup>.

Mit dieser Definition sollte festgehalten werden, dass der Mensch als ganze Person gesehen wird. Es geht um das Individuum und, wie Levine (1991, S. 8, zit. nach Fawcett 1998, S. 195)<sup>63</sup> es ausdrückt, um „das Selbst“. Schon 1997 konnte damit gezeigt werden, dass der Blick auf den Menschen als Patienten mit seiner Gesundheitsstörung und mit seinen individuellen Erfordernissen gerichtet werden muss. So wurde eine Präzisierung vorgenommen, die den Patienten zum „Empfänger“ von pflegerischen, medizinischen und therapeutischen Leistungen erklärte. Im neu entwickelten Pflegekonzept (vgl. Bleses et al. 1998a)<sup>64</sup> wurden Indikatoren, die Patientenorientierung abbilden, anhand konkreter Handlungsbeispiele implizit dargestellt.

Neben „markierenden Merkmalen patientenorientierten, pflegerischen Handelns“ (Büsing/Glaser 1997, S. 303ff)<sup>65</sup> wurden im Verlauf des Modellprojektes konkrete Aussagen zu Haltung, Verhaltensgrundsätzen und Handlungsmaximen in einem Pflegekonzept (vgl. Bleses 1998a)<sup>66</sup> festgeschrieben. Das Pflegekonzept wird im nachfolgenden Kapitel in Auszügen dargestellt.

### **Das Pflegekonzept im Modellprojekt**

Das im Projektverlauf erklärte Ziel des Modellprojektes war es, ein – patientenorientiertes – Pflegesystem einzuführen, das vorhandene Pflegesystem entsprechend zu verändern und die Auswirkungen auf die Mitarbeiter systematisch zu untersuchen. Die Ergebnisse flossen in ein Pflegekonzept ein, nach dem im Untersuchungsfeld gearbeitet wird, und auf das sich die vorliegende Untersuchung stützt. Das Pflegekonzept<sup>67</sup> basiert auf den Inhalten des Pflegeleitbildes<sup>68</sup> und schließt neben einer wissenschaftlich-theoretischen Sichtweise zu Begriffen der Pflege einen Bezug zur Praxis ein. Die einzelnen Themen nehmen direkten Bezug auf den Umgang mit dem Patienten und zeigen Handlungsketten der Pflegenden auf. Das Konzept stellt den Bezug der Pflege zu allen anderen Berufsgruppen des Hauses dar, berücksichtigt strukturelle und wirtschaftliche Aspekte und nennt Instrumente und Methoden, mit denen das Pflegekonzept und damit Patientenorientierung praktiziert werden kann.

Um zu einem umfassenden Pflegekonzept zu gelangen, wurden zunächst Grundhaltung, Pflegeverständnis und die Beziehung der Pflegenden zum Patienten dargestellt. Diesbezüglich heißt es:

„(...) Krankenpflege beinhaltet die Förderung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und sieht den Patienten in seiner Gesamtheit. (...) Der Patient wird von uns als Mensch wahrgenommen (...) mit ganz speziellen Zielen, Erwartungen, Wünschen, Ängsten und Ressourcen. Diese können durch gezielte Kommunikation zwischen dem Patienten und der für ihn zuständigen Pflegeperson (Bereichsschwester, -pfleger) erkannt und aufgegriffen werden. Durch die umfassende Information (...) und Einbeziehung des Patienten in

Überlegungen zur Planung und Gestaltung der Pflege wird er zu einem gleichberechtigten Partner; wir begegnen ihm mit Respekt und Toleranz. (...)

„Ein solches Verständnis von Pflege erfordert von uns (...) eine positive Einstellung zu unseren Aufgaben (Denkweise, Menschenbild, Berufsbild), Motivation- und Einsatzbereitschaft, Flexibilität, Offenheit, Beziehungsfähigkeit, Einfühlungsvermögen, Erfahrung, Wissen (Qualifikation) und hohes Verantwortungsbewusstsein.“ (vgl. BELL ET AL. 1998, S. 5)<sup>69</sup>

Das gleiche gilt für die Güte der Beziehung, in der Patientenorientierung stattfindet. Von grundlegender Bedeutung für die Bewertung von Handlungen und Reaktionen ist die Art und Weise, wie Patienten wahrgenommen werden:

„Für uns ist Krankenpflege aber auch ein Beziehungsprozess, d. h. wir binden den Patienten aktiv in die Pflege ein und bauen zu ihm eine Beziehung und ein beiderseitiges Vertrauensverhältnis auf. Der Patient wird von uns als Mensch wahrgenommen, als mündiger Partner akzeptiert und respektiert; also als Persönlichkeit mit ganz speziellen Zielen, Erwartungen, Wünschen, Ängsten und Ressourcen.“ (ebenda, S. 5).

Darüber hinaus wurde die Haltung zu anderen Berufsgruppen dargestellt:

„Bei der Pflege der Patienten betrachten die Pflegenden (...) den ärztlichen Dienst als einen der wichtigsten Partner, da beide unmittelbar am und mit dem Patienten arbeiten. Aber auch alle anderen Berufsgruppen (...) müssen in angemessenem Umfang mit den Abläufen der Pflege vertraut sein (...). Daher ist es unerlässlich, dass hier eine reibungslose und vertrauensvolle Zusammenarbeit stattfindet.“ (dies., S. 6)

Als wichtigste pflegerische Aufgaben, bezogen auf die Unterstützung des Patienten zur Erreichung seiner Ziele (vgl. Pflegeleitbild, S. 5)<sup>70</sup>, galt es: „... die Selbstständigkeit der Patienten zu erhalten, sie dabei zu unterstützen, diese wiederzuerlangen bzw. neue Formen der Selbstständigkeit zu erwerben.“

Unter dem Titel „Wir praktizieren patientenorientierte Bereichspflege“ fasst Bell (1998, S. 5)<sup>71</sup> die Art der Einbindung der Patienten in Behandlung und Pflege sowie die Durchführung und Überprüfung von Pflegemaßnahmen und ihre Wirkung zusammen und stellt fest:

„Bereits während des Erstgespräches (Pflegeanamnese) werden wichtige Informationen zwischen uns und den Patienten ausgetauscht. Die Anwendung des Pflegeprozesses ermöglicht es uns genau festzulegen, wie weit der Patient Hilfe benötigt, wo seine Ressourcen sind, welche Ziele er hat, welche Maßnahmen erforderlich sind und wo er beraten werden muss. (...) Die Planung der Pflegemaßnahmen, die Gestaltung seines Pflegeablaufplanes werden dabei mit dem Patienten soweit wie möglich gemeinsam gestaltet, um seine individuellen Lebensgewohnheiten zu berücksichtigen. (...) Arbeitsabläufe werden von uns zusammenhängend durchgeführt, d.h. eine Pflegendende verrichtet alle pflegerischen Maßnahmen und Tätigkeiten an einem Patienten nacheinander und geht erst dann zum nächsten Patienten. Dadurch gewinnen wir einen besseren Überblick über den Krankheits- bzw. Genesungsablauf des einzelnen Patienten und können die Wirkung der pflegerischen Maßnahmen beurteilen und, wenn notwendig, verändern.“

Bell orientiert sich an Ausführungen von Kellnhauser (1996)<sup>72</sup> und stellt die nachfolgenden Elemente einer patientenorientierten Gestaltung des Krankenhausaufenthaltes vor:

**„Patientenorientierte Gestaltung beginnt für uns bereits bei der Aufnahme des Patienten durch:**

- die freundliche Begrüßung des Patienten
- die Vorstellung unserer Person als Pflegendende
- die freundliche Einweisung ins Patienten-Zimmer



- die Vorstellung der Mitpatienten und Räumlichkeiten
- die Möglichkeit für den Patienten, Ruhe und Zeit zu haben
- allgemeine und spezielle Informationen über Stations- und Tagesabläufe
- die Erstellung einer Anamnese (zeitnah zur Aufnahme) im persönlichen Gespräch mit dem Patienten“ (BELL, ebenda, S.6).

Im Verlauf des weiteren Krankenhausaufenthaltes kommt es nach Bell (ebenda, S. 6) darauf an, beim Patienten:

**1. Ängste abzubauen durch qualifizierte Information über**

- geplante Untersuchungen
- mögliche Unannehmlichkeiten und Schmerzen
- Tagesabläufe (Essenszeiten, Cafeteria)
- Ruhephasen (schlafen/wachen)
- Visiten, Aufenthaltsräume, Raucherraum, Bibliothek
- das Pflegesystem.

**2. eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen durch**

- Kommunikation und den gegenseitigen Austausch mit dem Patienten
- Zuhören, Interesse zeigen, trösten, Gesprächsbereitschaft zeigen
- Fragen beantworten und ermuntern, Fragen zu stellen

**3. Vertrauen aufzubauen indem**

- Pflegende Ansprechpartner sind,
- für den Patienten Dinge erledigen (organisieren, als Vermittler oder Vertretung des Patienten)
- den Patienten beraten über Prävention und Hilfe zur Selbsthilfe.

**4. die Autonomie des Patienten zu wahren, indem**

- dem Gefühl des Ausgeliefertsein begegnet wird, indem Patienten soweit wie möglich eingebunden werden in Entscheidungen über diagnostische Maßnahmen/Therapie und Pflege,
- Pflegende den Willen des Patienten respektieren.

Besonderen Wert legen Bell & Becher (1998, S. 6)<sup>73</sup> bei Ihren Ausführungen zum Pflegekonzept auf „Beratung in der Pflege“. Sie stellen fest, dass die Information des Patienten Voraussetzung ist für eine gute Kooperation zwischen den Patienten und den Pflegenden: „Jeder Patient ist auf Information zur richtigen Zeit angewiesen, damit er seine Ziele definieren und verfolgen und seinen Krankenhausaufenthalt entsprechend beeinflussen kann. (...) Er kann also Mitverantwortlicher und auch Mitgestalter seines Krankenhausaufenthaltes sein.“

Dieselben Autorinnen plädieren dafür, dass Patienten von Pflegenden im Rahmen ihrer fachlich-pflegerischen Kompetenz über den Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung beraten und deren Angehörige auf Wunsch eingebunden werden, während der Arzt die Diagnose stellt und den Patienten über das weitere Vorgehen aus medizini-

scher Sicht informiert. Das beratende pflegerische Patientengespräch beinhaltet nach Auffassung und Erfahrung der Autorinnen Hinweise zu vorbeugenden Maßnahmen, Maßnahmen zur Wiederherstellung der Gesundheit bzw. Linderung der Beschwerden und zu gesundheitserhaltenden Maßnahmen.

Wittmann/Luxemburger (1998, S. 6)<sup>74</sup> betonen eine enge Beziehung von Patienten mit den „Pflegenden, Ärzten, Physiotherapeuten und Angehörigen“ und die Bedeutung der Patientenkontakte mit Röntgen-/Laborassistenten, Therapeuten, Sozialarbeitern, Seelsorgern und Mitarbeitern der Verwaltung.

Wie aus der Darstellung wichtiger Elemente des Pflegekonzeptes deutlich wurde, kann wegen des hohen Anteils an Beteiligung und Einbindung der Patienten und ihren Angehörigen<sup>75</sup>, durch Beratung, Information und Eingehen auf Bedürfnisse und Erfordernisse des Patienten von einem stark handlungsorientierten Ansatz im Sinne des Konzeptes der „multidimensionalen Patientenorientierung“ nach Wittneben (vgl. Kap 2.2) gesprochen werden. Die angestrebte Art der Kommunikation kann als symmetrisch bezeichnet werden. Voraussetzung ist, dass Mitarbeiter den Patienten darin unterstützen wollen, sich aktiv und fördernd an Entscheidungen und Maßnahmen für sich selbst und seine eigenen Kräfte einzusetzen. Pflegende bieten ihm die erforderliche Hilfe an.

**Zusammenfassend** lässt sich konstatieren: Bei allen hier diskutierten Ansätzen zur Patientenorientierung wird das Bestreben deutlich, den Patienten/Kunden als Mensch und Person - mit seinen auf die Erkrankung und deren Bewältigung ausgerichteten Zielen - in den Mittelpunkt zu stellen. Dies gilt gleichermaßen für die pflegetheoretische Perspektive bei Taubert, die patientenorientierte versus krankenhauserorientierte Pflege bei Seidl, das Konzept der multidimensionalen Patientenorientierung von Wittneben oder die praxisorientierten Ansätze im vorgestellten Modellprojekt.

Es lassen sich wertvolle Parallelen zwischen den einzelnen Modellen erkennen, und es können Bezugsrahmen für Patientenorientierung hergestellt werden. Im Modellprojekt wurden implizit bereits Indikatoren für Patientenorientierung formuliert, als solche benannt und auf ihre Aussagefähigkeit untersucht, für quantitative und qualitative Untersuchungen genutzt und ausgewertet wurden sie allerdings nicht.

Das „integrierte System der Kundenorientierung“ von BRUHN bietet sich als übergeordnetes Modell an, in dem nicht nur Patienten- und Mitarbeiterperspektiven sondern auch gesamtbetriebliche und externe Perspektiven integriert werden können.

## 2.3 Patientenorientierung – eine Begriffsbestimmung

Bislang konnte kein schlüssiges Modell von Indikatoren für das Konzept der Patientenorientierung erstellt und zur Messung der Ausprägung von Patientenorientierung herangezogen werden. Aus diesem Grund erscheint es notwendig, sich eingehender mit dem Begriff und dem Gegenstand von Patientenorientierung zu beschäftigen, und messbare Indikatoren zu entwickeln.

Vor dem Hintergrund der zuvor beschriebenen und dargestellten begrifflichen Ungenauigkeit und zur Annäherung an das Konzept der Patientenorientierung erscheint es gerechtfertigt, den Begriff „Patientenorientierung“ an dieser Stelle einer grundlegenden Klärung zu unterziehen.

Der Begriffsbestandteil „**Patient**“ wird definiert als:

„(...) Kranker in ärztlicher Behandlung, Kunde des Arztes ...[zu lat. *patiens*: Gen. *patientis* „(er)dulidend, leidend“; zu *pati* „(er) dulden, leiden“] (WAHRIG 2002, S. 961)<sup>76</sup>

„**Orientieren/Orientierung**“ bedeutet laut Wahrig (ebenda, S. 946):

„**orientieren** jmdn. ~ über etwas unterrichten; in Kenntnis setzen; (...)“ meist reflexiv im Sinne von „(...) jmdn. auf etwas hinlenken, ausrichten, sich über etwas unterrichten, über etwas Auskünfte einholen (...)“

„**Orientierung** das Orientieren; das Orientiertsein; (...) zu Ihrer Orientierung damit sie Bescheid wissen“.

Entsprechend seiner beiden Begriffsbestandteile zielt der Terminus Patientenorientierung auf zwei Inhaltsmomente: Zum einen deutet er auf ein handelndes Subjekt, das sich - indem es sich orientiert - in bestimmter Weise auf etwas (bzw. jemanden) bezieht. Gleichzeitig bezeichnet er ein zweites Subjekt, das - als Patient - ebenfalls in bestimmter Weise dem anderen Subjekt - das sich orientiert - gegenübertritt. Damit verweist der Begriff auf ein Kommunikations- und Interaktionsverhältnis zwischen (mindestens) zwei Subjekten: Als kranker Mensch steht der Patient mit bestimmten Ansprüchen und Bedürfnissen Mitarbeitern im Krankenhaus (Ärzten, Schwestern, Pflegern) gegenüber. Für letztere wiederum stellt – wenn Patientenorientierung als Postulat gemeint ist – der individuelle Bedarf des Patienten die Richtschnur dar, nach der sie ihr Handeln ausrichten. Zugleich wird somit der Patient zum Leistungsempfänger, der professionelle Leistungen benötigt, während die Mitarbeiter im Krankenhaus zu Leistungsanbietern werden, die die erforderlichen Leistungen erbringen. Kurz gesagt: **Ein Patient löst den Bedarf an Orientierung aus, der Mitarbeiter handelt!**

Ob diese sehr vereinfacht und verkürzt dargestellte Einschätzung so aufrecht erhalten werden kann, soll die folgende Begriffsbestimmung zeigen, die zur Annäherung an das Konzept der Patientenorientierung weitere Aspekte berücksichtigt.

Folgt man den Überlegungen, so ergibt sich, dass in einem **interaktiven und kommunikativen Prozess** zwischen Mitarbeiter und Patient, die sich speziell im Pflege- und/oder Behandlungsprozess zum selben Zeitpunkt am gleichen Ort befinden, gleichzeitig Dienstleistung und Konsum stattfinden (vgl. „uno-actu-Prinzip“, Kötz 1997, S. 2)<sup>77</sup>. Außerdem erfolgt die Orientierung am Patienten *mit einem offiziellen Handlungsauftrag* (Krankenhausaufnahmevertrag mit Einwilligung des Patienten in Behandlung und Pflege), wobei sich alle Leistungen des Krankenhauses wie auch die der Mitarbeiter am Bedarf des Patienten orientieren sollen.

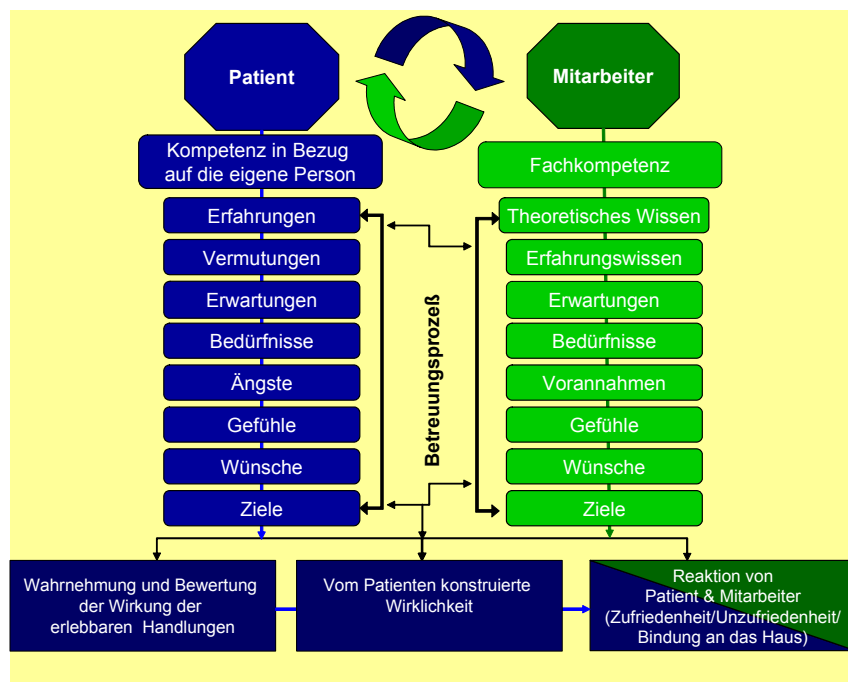
Beim Prozess der Orientierung bauen Pflegende, Behandelnde und Patient eine Beziehung auf, die sich primär auf den Pflege- und Behandlungsprozess richtet, und in dem

jeder „Partner“ seine Rolle einnimmt. Peplau (1965)<sup>78</sup> stellt in ihrer Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen – auf die Pflege bezogen – dazu fest:

„Mir erscheinen die zwischenmenschlichen Beziehungen als Kern der Pflege. In jeder pflegerischen Situation finden wir eine Beziehung zwischen mindestens zwei realen Menschen vor – zwischen einer Pflegekraft und einer Patientin bzw. einem Patienten (...). Die Art und Weise (...) hat eine Menge mit der Interaktion zwischen Pflegekraft und Patientin bzw. Patient zu tun (dies. S. 274, zit. n. FAWCETT 1999, S. 150)<sup>79</sup>.

Beide Kommunikations- und Interaktionspartner treten mit ihrer „besonderen Eigenart als Träger eines Geschehens, im Gefüge einer Gemeinschaft“ (Wahrig 2002, S. 968)<sup>80</sup> in einer Umwelt, einem Umfeld, einer Kultur, in Strukturen und in Systemen in Beziehung. Das heißt: Jede Person bringt in jeder Lebenssituation ihre persönliche Kompetenz in Bezug auf sich selbst ein. Dazu zählen unter anderem Bedürfnisse, allgemeine und spezielle Kenntnisse in Bezug auf Erkrankung und Krankenhausbehandlung, Ängste, Erfahrungen, Erwartungen, Gefühle, Vermutungen, Wünsche, Ziele.

Sowohl der Patient als auch der Mitarbeiter bringen also Einflussfaktoren mit (s. Abbildung 3), die auf den Beziehungsprozess wirken.



**Abbildung 3: Einflussfaktoren auf das Interaktionsgeschehen im Betreuungsprozess Patient/Mitarbeiter**

Vor ihrem persönlichen Hintergrund „erleben und verarbeiten“ sowohl Patienten als auch Mitarbeiter Handlungen, nehmen sie wahr und bewerten sie. Wahrnehmung meint das Aufnehmen und Erfassen von Gehörtem, Gesehenem, Gefühltem, Geschmecktem, Gerochenem, Empfundenern in das Bewusstsein, wo es Gestalt an- und einen Rang einnimmt. Gestalt und Rang hängen entscheidend mit der Struktur des Wahrnehmungsfeldes und den Erfahrungen desjenigen zusammen, der wahrnimmt. Das bedeutet, eine Pflegeperson, die die Worte eines Patienten hört, integriert sie mit den ihr zur Verfügung stehenden Wahrnehmungsmöglichkeiten in ihr Bewusstsein und misst den Worten

des Patienten Bedeutung und Rang zu. Sie schätzt das Wahrgenommene so ein, wie ihr eigenes Wahrnehmungsvermögen es ermöglicht, bewertet es und handelt entsprechend. Von ihr wird aufgrund ihrer Profession erwartet, dass sie ihre berufliche/fachliche Kompetenz, ihr Erfahrungswissen und ihr ganzes Können zum Wohle des Patienten möglichst objektiv und bestmöglich einsetzt (vgl. hierzu ausführlich: Lauber/Schmalstieg 2001, S. 3-32)<sup>81</sup>.

Patienten bewerten – insbesondere unter den Bedingungen einer ernsthaften Gesundheitsstörung – Ereignisse, Handlungen und Verhalten von Mitarbeitern auf der Grundlage eines abweichenden Wahrnehmungsfeldes, abweichender Kompetenz und anderen Erfahrungswissens. Sie schaffen somit eine subjektive Wirklichkeit, die nicht von dritten, sondern ausschließlich von ihnen selbst beurteilt werden kann (vgl. Bönsch 2000, S. 22)<sup>82</sup>. Entsprechend reagiert der Patient auf das Angebot der Mitarbeiter, ist zufrieden oder unzufrieden mit den Leistungen, wird das Haus und die Mitarbeiter loben oder kritisieren.

Dieser Bewertungsprozess des Patienten ist grundsätzlich ergebnisoffen und wird entscheidend beeinflusst von der Qualität der vom Patienten wahrnehmbaren Leistungen und der Interaktion zwischen Patient und Mitarbeitern über die gesamte Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Damit kommt Aussagen von Patienten über die von ihnen wahrgenommene und bewertete Wirklichkeit im Krankenhaus eine besondere Bedeutung zu: Sie spiegeln nicht nur objektivierbare Tatsachen, sondern insbesondere Art und Qualität der Interaktion zwischen ihnen und ihren Kontaktpersonen.

An dieser Stelle wird deutlich, dass das zunächst in Kap. 2.3 beschriebene Modell: „Der Patient löst den Bedarf an Patientenorientierung aus, der Mitarbeiter handelt!“ zu kurz gefasst ist. Es handelt sich vielmehr um einen komplexen Prozess, in dem der Interaktion zwischen Patient und Mitarbeitern zentrale Bedeutung zukommt. Hierzu ist eine Haltung der Mitarbeiter erforderlich, die auf die notwendige Hilfe zur Erfüllung der Erfordernisse und auf die Erreichung der Ziele des Patienten gerichtet ist.

Wie und in welcher Qualität Orientierung stattfindet, bleibt dabei unklar. Entscheidend für den Grad und die Qualität der Orientierung ist die **Haltung, das Verhalten und die Handlung** der jeweiligen Akteure. Dabei wird unter **Haltung** die Motivation oder die als Wertvorstellung angelegte, grundsätzliche Einstellung der Mitarbeiter zur Arbeit mit Patienten verstanden, die ein hohes Maß an menschlicher Zuwendung zur Voraussetzung hat. Diese Haltung erfordert Achtung vor dem Menschen und dem menschlichen Leben „sowie eine positive Einstellung zur individuellen Autonomie und Entscheidungsfreiheit“ (vgl. Watson 1996, S. 53)<sup>83</sup>. Sie drückt sich neben dem tatsächlichen "Behandeln" in vielen sprachlichen und symbolischen Gesten gegenüber dem Patienten aus (vgl. Arets et al. 1996, S. 166)<sup>84</sup>. **Verhalten** wird als Handeln, Tun oder Unterlassen verstanden und stellt den äußerlichen, aber sicht- und wahrnehmbaren Teil der Dienstleistungen am Patienten dar (vgl. Bundesminister für Arbeit und Sozial-Ordnung 1983)<sup>85</sup>. Dabei kann Verhalten auch passiv sein, wenn beispielsweise ein Lächeln vom Patienten als

„freundliches Verhalten“ gewertet wird, ohne dass sich der Mitarbeiter in einem aktiven Handlungsverhältnis mit dem Patienten befindet. **Handlung** im Sinne von Tun meint dagegen das „sich Betätigen“, das „aktive Tun“ des Menschen. Daran ist die Person mit ihrem ganzen Organismus beteiligt und sie fühlt sich (im Unterschied zu den Reflexbewegungen) für das, was sie tut verantwortlich (vgl. Philosophisches Wörterbuch 1991, S. 275)<sup>86</sup>.

Bei der Bewertung von Einstellung und Haltung von Mitarbeitern bleibt zunächst unklar, ob es sich hier um die innere Haltung im Sinne eines Menschenbildes handelt, oder um eine professionelle Haltung, die Mitarbeiter für ihr berufliches Handeln und ihr Verhalten einsetzen, und die durch Managementaufgaben unmittelbar beeinflussbar ist. Während – unabhängig von dieser Frage – das Verhalten und die Handlung einer Person „öffentlich und für alle sichtbar“ und damit „für andere zugänglich“ und beobachtbar sind, bleiben die Inhalte, mit denen sich der Geist beschäftigt, privat und nur dem Individuum selbst zugänglich (Benner & Wrubel 1997, S. 56)<sup>87</sup>. Folgt man den Überlegungen des „öffentlich sichtbaren“ Verhaltens und Handelns, so wird deutlich, dass der Austausch von Informationen und konkretem Verhalten und Handeln zwischen beiden Kommunikations- und Interaktionspartnern erkennbar und beobachtbar ist. Der Patient kann demnach die Art und Weise der vom Personal erbrachten Dienstleistungen beobachten und das Verhalten wahrnehmen, und er bewertet dies mit dem ihm zur Verfügung stehenden Bewertungsschema. Wie weit allerdings hierbei von Objektivität gesprochen werden kann, bleibt offen. Die Gegenüberstellung der Begriffe und die Bestimmung ihrer Einzelaspekte in Abbildung 4 soll dies verdeutlichen:

**Abbildung 4: Begriffsbestimmung Patientenorientierung**

<b>Patientin/Patient:</b>	<b>Orientierung:</b>
<p><i>... ist eine Person, die aufgrund einer akuten, sich langsam oder rasch entwickelnden oder einer chronischen Gesundheitsstörung professionelle medizinische und/ oder pflegerische Hilfe in Anspruch nimmt.</i></p> <p><i>Sie tut dies als Individuum mit ihrer eigenen Identität und Integrität, mit persönlicher Lebensbiographie und Sozialisation, vor dem Hintergrund ihrer Lebensumwelt und ihres Kulturkreises.</i></p> <p><i>Aufgrund ihrer Gesundheitsstörung ist sie teilweise oder vollständig von sozialen und beruflichen Rollen entbunden und übernimmt (zwangsläufig) die Krankenrolle, in der sie teilweise oder vollständig auf Hilfe angewiesen ist.</i></p> <p><i>Sie hat körperliche, psychische, soziale Bedürfnisse, Gefühle, Erwartungen und ggf. Erfahrungen in Bezug auf ihre Erkrankung und den Umgang damit.</i></p> <p><i>Sie will so schnell wie möglich ihre Autonomie wiedererlangen oder aber neue Lebensformen erlernen.</i></p>	<p><i>... ist die geistige Einstellung von Mitarbeitern, die Ausrichtung auf das Befinden, die Bedürfnisse und die Erwartungen des Patienten durch Wahrnehmung, Einschätzung, Bewertung und Beachtung seines Zustandes.</i></p> <p><i>Das daraus abgeleitete Verhalten und Handeln ist auf den Patienten als Individuum in seiner Situation gerichtet und als solches von ihm erkennbar.</i></p> <p><i>Hierfür setzen die Handelnden ihre berufliche sowie ihre soziale Kompetenz, Empathie und Erfahrung ein. Sie verbinden bei der Interaktion und Kommunikation mit dem Patienten Sachebene und Beziehungsebene.</i></p> <p><i>Ihrem Handeln liegt eine auf den ganzen Menschen/die ganze Person gerichtete Haltung zugrunde, die die Integrität und Würde des Einzelnen ohne Einschränkung wahrt.</i></p> <p><i>Gleichberechtigte Kommunikation und Interaktion mit dem Patienten sind Grundbedingung für Orientierung am Patienten.</i></p> <p><i>Patientenorientierung bedeutet die Ausrichtung der gesamten Organisation auf die Erfordernisse des Patienten.</i></p>

Davon ausgehend, dass professionelle Haltung und Einstellung der Mitarbeiter bei der Erfüllung ihrer Aufgaben im Vordergrund stehen (vgl. hierzu Benner 1984)<sup>88</sup>, ist entscheidend, dass die pflege- und behandlungsbedürftige Person als Individuum wahrgenommen, beachtet und geachtet wird. Studien von Kurella/Hüttner (1979)<sup>89</sup>; Bauer (1996)<sup>90</sup> und Busch (1996)<sup>91</sup> zeigen, dass aufgrund der Gesundheitseinschränkung und der Behandlung im Krankenhaus eine Einschränkung der persönlichen Autonomie, der Selbstverantwortung und der wirtschaftlichen Kontrolle des Patienten stattfindet. Im Gegenzug übernehmen Ärzte und Pflegende teilweise oder vollständig Verantwortung für den gesundheitlichen Zustand des erkrankten Menschen. Zu einer professionellen Haltung gehört, dass Mitarbeiter dem Patienten dabei unter Beachtung seiner Identität und Integrität, seiner persönlichen Lebensbiographie und Sozialisation, seiner spezifischen Lebensumwelt und seines Kulturkreises respektvoll begegnen. Dazu gehört auch, dass Mitarbeiter die körperlichen, psychischen, sozialen Bedürfnisse, Gefühle, Ziele, Erwartungen des Patienten sowie seine Erfahrungen im Bezug auf die Erkrankung erkennen, sach- und fachgerecht einschätzen und bei ihren Dienstleistungen berücksichtigen.

Gestützt wird diese Einschätzung von den Ausführungen von Levine (1989a)<sup>92</sup>, die feststellt, dass sich aus der Unantastbarkeit der Würde des Patienten und seinem Recht auf Unversehrtheit die Verantwortung ergibt, „(...) ihn im Krankheitsfall respektvoll und mitfühlend zu umsorgen (...)“. Sie fordert dass „in jedem Augenblick der Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient (...) die Einzigartigkeit des Individuum spürbar werden“ muss (dies., S. 125, zit. nach Fawcett 1998, S. 175)<sup>93</sup>.

In ihrer Theorie der transkulturellen Pflege weist Leininger (1991a)<sup>94</sup> hin auf die enorme kulturelle Verschiedenheit beim Bedarf an Fürsorge und Pflege, wobei es aber in dieser Hinsicht auf alle Kulturen bezogene Gemeinsamkeiten gibt (Culture Care Diversity and universality) (dies., S. 1985, S. 210<sup>95</sup>; zit. nach Fawcett 1999, S. 52)<sup>96</sup>. Je nach Erkrankung, aber auch je nach Sozialisation und Kulturkreis kann die kranke Person in ihrer Rolle als Patient teilweise oder vollständig von sozialen und beruflichen Rollen entbunden sein, was wiederum Auswirkungen auf ihr Befinden haben kann (vgl. Bönsch 2000)<sup>97</sup>. Patientenorientierung erfordert hierbei ein Erkennen der unterschiedlichen Erwartungen und ein auf die spezielle Situation des Patienten gerichtetes Verhalten der Mitarbeiter mit dem Ziel, dem Patienten so bald als möglich zu seiner Autonomie oder einer anderen Lebensform zu verhelfen.

Um ihren Handlungsauftrag erfüllen zu können, erfordert Patientenorientierung neben beruflichem Wissen der Mitarbeiter aber auch kognitive, kommunikative, emotionale und gestalterische Fähigkeiten und Fertigkeiten. Mitarbeiter müssen bei der Pflege und Behandlung von Patienten psychosoziale Fähigkeiten, wie Empathie (vgl. hierzu ausführlich Bischoff-Wanner 2002)<sup>98</sup> und Zuwendung einbringen (vgl. Taubert 1992, S. 215)<sup>99</sup> und sich auf die individuelle Situation eines Patienten einstellen können.

Grundsätzlich ist Patientenorientierung nicht der Auftrag nur einer Berufsgruppe in einem Krankenhaus – erst recht nicht nur einer einzelnen Person –, sondern ist ein Auf-

trag, der sich auf das gesamte System bezieht und alle Subsysteme einschließt. Aus diesem Grunde ist es notwendig, auch die Managementsysteme eines Krankenhauses mit seinen Strukturen und seiner Kultur am Bedarf der Kunden/Patienten auszurichten. Oberstes Ziel des Gesamtsystems Krankenhaus ist Vorhaltung, Bereitstellung und bedarfsbezogene „Produktion“ von Gesundheitsdienstleistungen. Im Zentrum steht dabei der Patient als Bedürfnisträger, Leistungsveranlasser, Leistungsempfänger, Kostenverursacher und Kostenträger zugleich (vgl. Kap. 2.2.2.1).

Patienten können diese Gesundheitsdienstleistungen – entsprechend ihrer Wünsche, Ansprüche und Bedürfnisse – grundsätzlich frei auf dem Markt wählen (vgl. Theisinger 1997, S. 748<sup>100</sup>, Thill 1999, S. 4<sup>101</sup>) und sich für Leistungen entscheiden, sie nicht oder an anderer Stelle (z. B. ambulant oder in Spezialkliniken) in Anspruch nehmen.

Bedingt durch neue Behandlungsformen wie vor- und nachstationäre bzw. ambulante Behandlung müssen in kürzester Zeit Patientenbedürfnisse und -erwartungen so erkannt und erfüllt werden, dass

- gesetzlich geforderte Qualitätsstandards eingehalten werden,
- Betriebsabläufe optimiert und die Fehlerrate minimiert werden kann,
- Patienten von der Qualität der Leistungen überzeugt werden.

Je mehr sich somit Mitarbeiter mit der Qualität der Leistungen und mit den erreichten und erwarteten Ergebnissen auseinandersetzen, desto stärker wird den Merkmalen von Patientenorientierung entsprochen.

Dem Konzept der Patientenorientierung liegt daher immer sowohl die Dimension von Kommunikation, Kooperation, Koordination sowie Interaktion zwischen Mitarbeiter und Patient wie auch die Dimension der internen und externen Umsetzung in unternehmerische Leistungen sowie Interaktionen (Bruhn 1999, S. 10)<sup>102</sup> zugrunde.

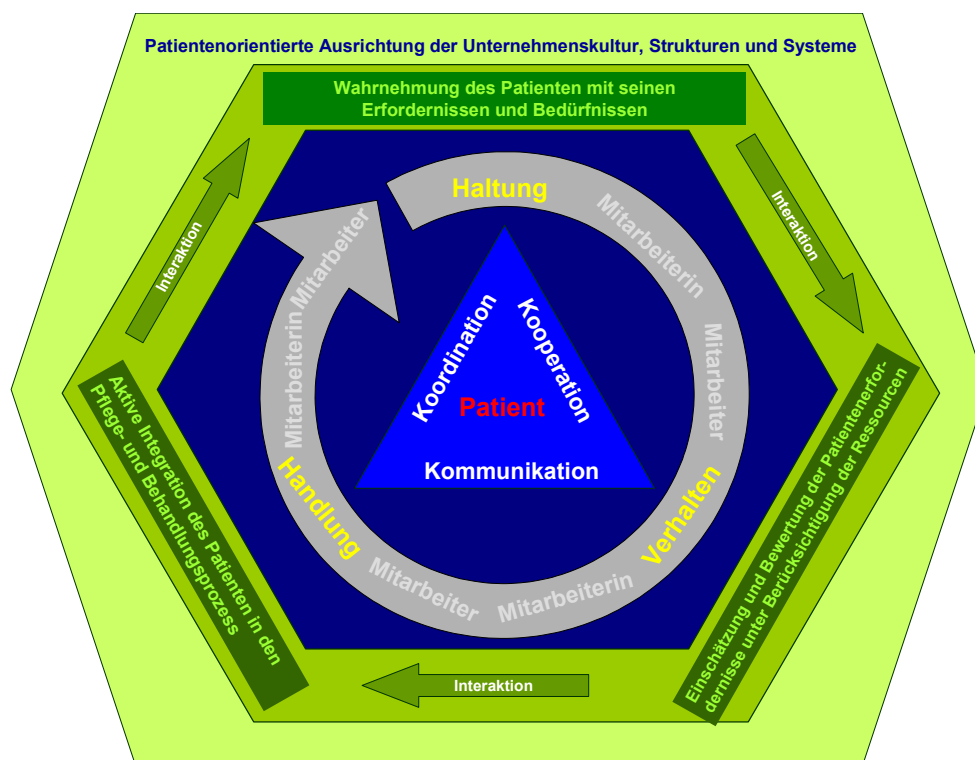
Der Prozess der Patientenorientierung kann durch betriebliche Maßnahmen wie Ausbildung, interne und externe Fortbildungsmaßnahmen, Trainings, Supervisionen etc. maßgeblich beeinflusst, gesteuert und gestützt werden.

## **2.4 Modell der Patientenorientierung**

Folgt man den bisher dargestellten Überlegungen, so lässt sich nachfolgendes Modell der Patientenorientierung konstruieren (s. Abbildung 5). Insgesamt stellt sich Patientenorientierung in mehreren Dimensionen dar: Der Rahmen, in dem Patientenorientierung stattfindet, wird von der Organisation Krankenhaus als Gesamtsystem gebildet. Wie das „Integrierte System der Kundenorientierung“ von Bruhn (vgl. Kap. 2.2.2.2) verdeutlicht, ist es erforderlich, die gesamte Organisation mit ihren Strukturen, ihrer Unternehmenskultur und ihren Leistungen auf den Patienten auszurichten. Anders ausgedrückt: Patientenorientierung kann nicht nur in isolierten Teilbereichen eines Unternehmens wie z. B. dem Pflegedienst umgesetzt werden.



Die Kultur eines Hauses wird u. a. abgebildet durch die Unternehmensphilosophie, durch Pflege- und Behandlungskonzepte, durch organisatorische Rahmenbedingungen und Personal- und Qualitätsmanagementsysteme. Dazu zählen neben den klassischen Hierarchie-Strukturen auch Kommunikationsstrukturen und Prozessorientierung. Ausserdem müssen auch die Systeme wie An- und Abmeldesysteme, Abrechnungssysteme, Informationswege zum und vom Patienten, Unterstützungssysteme für Patienten und seine Angehörigen sowie Pflegeüberleitungen auf den Bedarf und die Ziele des Patienten gerichtet sein, sollen sie patientenorientiert sein.

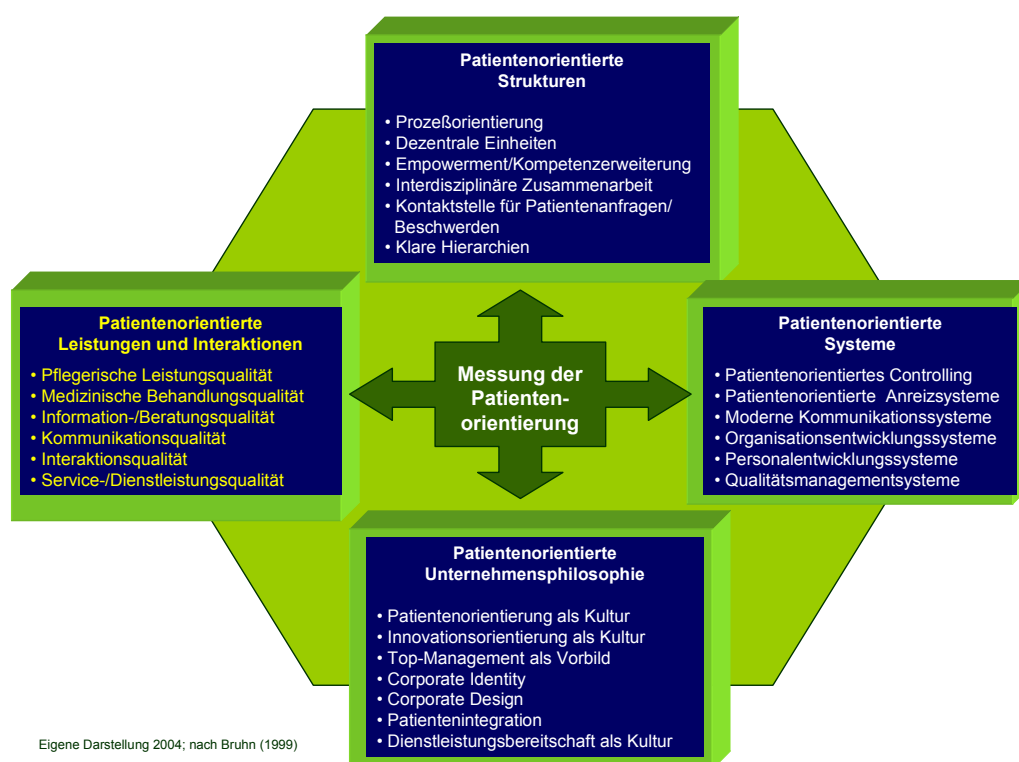


**Abbildung 5: Modell der Patientenorientierung**

Im engeren Sinne und für den Patienten am direktesten wahrnehmbar findet Patientenorientierung aber in Subsystemen statt, die im direkten Kontakt mit dem Patienten stehen, z. B. in der Patientenaufnahme, in Ambulanzen, in Pflegestationen, in Funktionsabteilungen oder Servicebereichen. Mitarbeiter im Krankenhaus bringen ihre Fachkompetenzen und Fertigkeiten sowie ihre kognitiven, psychosozialen, kommunikativen Fähigkeiten ein und verbinden sie so, dass der Patient seine Ziele erreichen kann, oder in die Lage versetzt wird, neue Ziele zu definieren. In diesem Kontext bedeutet Patientenorientierung: Der Patient wird von Mitarbeitern als Person wahrgenommen, mit seinen individuellen Bedürfnissen, Wünschen, Zielen und Erwartungen ernst genommen und danach befragt. Er wird geachtet, beachtet, aufgenommen, diagnostiziert, informiert, beraten, gelenkt, behandelt, gepflegt, betreut, unterstützt, entlassen und ggf. weiter betreut.

Dies alles findet statt mittels Kommunikation, Kooperation und Koordination zwischen Mitarbeitern und Patienten sowie deren Angehörigen. Wie Abbildung 5 zu entnehmen

ist, gestalten Mitarbeiter den pflegerischen Prozess (vgl. Fiechter/Meier 1993)<sup>103</sup>, und orientieren sich an den spezifischen Erfordernissen und Bedürfnissen des Patienten. Sie schätzen diese ein und bewerten sie unter Berücksichtigung und Beachtung der Ressourcen der Patienten. Bei der gesamten Pflege und Behandlung werden die Patienten aktiv in die Zielformulierung, Planung, Umsetzung, Kontrolle der Maßnahmen und Ergebnisbewertung eingebunden und in einem interaktiven Prozess darin unterstützt, so selbstständig als möglich zu sein. Der Patient wird, wenn erforderlich, durch Unterstützungssysteme (z.B. durch Beratung und Unterstützung durch den Sozialdienst, Pflegeüberleitung, Rehabilitationsmaßnahmen, Selbsthilfegruppen etc.) auf die Entlassung vorbereitet.



**Abbildung 6: Messung der Patientenorientierung**

Für den Patienten wird diese Haltung am Verhalten der Mitarbeiter und an deren Handlungen erkennbar. Damit gewinnen Aussagen von Patienten – beispielsweise im Rahmen von Befragungen oder Beschwerdesystemen – über die von ihnen wahrgenommene und bewertete Wirklichkeit im Krankenhaus besonders an Bedeutung. Sie spiegeln nicht nur objektivierbare Tatsachen, sondern insbesondere Art und Qualität der Interaktion zwischen ihnen und ihren Kontaktpersonen. Patientenbefragungen können demnach zur Messung des Grades der Patientenorientierung im Gesamtsystem Krankenhaus beitragen (s. Abbildung 6). Dies gilt besonders für die Dimension der „patientenorientierten Leistungen und Interaktionen“ mit den Kategorien „Pflegerische Leistungsqualität, Medizinische Leistungsqualität, Informations-/Beratungsqualität, Interaktionsqualität, Kommunikationsqualität, Service-/Dienstleistungsqualität“. Einschränkend muss dazu erwähnt werden, dass Patientenbefragungen zur Erhebung der medizinischen/ärztlichen Qualität lediglich Hinweise zu liefern vermögen. Die hier von Patienten

als „Experten in eigener Sache“ vorgenommenen und – für die Außenwahrnehmung des Hauses – äußerst wichtigen Bewertungen, sind in hohem Maße subjektiv und müssen durch weitere Untersuchungen – etwa im Rahmen des Qualitätsmanagements – ergänzt werden.

Gesicherte Aussagen über die Dimension der patientenorientierten Systeme (beispielsweise über Organisationsentwicklung und Qualitätsmanagement) und die Dimension der patientenorientierten Strukturen (z. B. Unternehmensaufbau und interne Abläufe, Organisations- und Kommunikationsstrukturen) können auf diesem Weg nicht gewonnen werden, da sie sich der von Patienten im Krankenhaus wahrgenommenen und bewerteten Wirklichkeit weitgehend entziehen.

Gleichwohl vermögen Patientenbefragungen auch in diesem Bereich Hinweise zu liefern: Treten etwa bei einer entsprechenden Befragung signifikante Unterschiede in der Bewertung patientenorientierter Leistungen verschiedener Berufsgruppen (Pflege, Funktionsdienste, Ärzte, Verwaltung) auf, so verweist dies nicht nur auf Handlungsbedarf im jeweiligen Sektor, sondern möglicherweise auch auf Defizite bei der Umsetzung einer patientenorientierten Unternehmensphilosophie im Gesamtunternehmen. Diese müssten dann gesondert und mit angepassten Untersuchungsmethoden (Mitarbeiterbefragungen, Organisations-, Ablauf- und Prozessanalysen etc.) geprüft werden. Solche Untersuchungen waren jedoch nicht Gegenstand der vorliegenden Studie.

Für die Dimension der patientenorientierten Leistungen und Interaktionen lassen sich aus den theoretischen Überlegungen und aus den vorgestellten Konzepten Indikatoren ableiten, die vom Patienten – aber auch von Dritten – erkennbar und beobachtbar sind. Sie können – wie diese Studie im Folgenden nachweist – mit geeigneten Instrumenten erhoben, gemessen und in ihrer Güte bewertet werden.

## 2.5 Indikatoren der Patientenorientierung

Wie gezeigt wurde, lässt sich Patientenorientierung als ein mehrdimensionales, theoretisches Konstrukt darstellen (Frey 2001, S. 3)<sup>104</sup>. Auch wenn sich aus Sicht der Patienten Merkmale wie Vertrauen, Achtung, Gefühle, Einstellung und Haltung nicht direkt quantifizieren lassen, so können dennoch Indikatoren (beobachtbare und unmittelbar messbare Größen) abgebildet werden, die das Vorhandensein und den Grad der Ausprägung von Patientenorientierung anzeigen. Der Begriff Indikator wird wie folgt definiert:

„In der empirischen Sozialforschung und in der Marktforschung ein der Beobachtung zugängliches, mit einem anderen, der Beobachtung nicht zugänglichen (...) hoch korreliertes Merkmal, das auf Grund dieser hohen Korrelation als Hinweis auf oder Beweis für die Richtigkeit einer Annahme, einer Hypothese oder eines vermuteten Kausalzusammenhangs gewertet wird. Es handelt sich also bei einem Indikator um ein unmittelbar beobachtbares Phänomen, dessen Wahrnehmung eine Schlussfolgerung auf ein nicht unmittelbar beobachtbares Phänomen gestattet.“<sup>105</sup>

Wie oben beschrieben, sind die aus dem Modell von Bruhn für das Krankenhaus operationalisierten Kategorien „Pflege und Behandlung, Information und Beratung, Kommuni-

kation, Interaktion sowie Service und Dienstleistung“ direkt oder indirekt vom Patienten wahrzunehmen und in ihrer Qualität zu bewerten. Dabei wurden die oben genannten „Pflegerische Leistungsqualität, Medizinische Leistungsqualität“ unter der Kategorie „Pflege und Behandlung“ zusammengefasst. Hier werden sowohl vom Patienten beobachtbare pflegerische Leistungen von Pflegepersonal wie auch medizinische, diagnostische Leistungen von Ärzten und Funktionsdiensten abgebildet. Legt man die in Kap. 2.2 beschriebenen Ansätze zugrunde, so lassen sich folgende Handlungsmerkmale von Mitarbeitern aufzeigen und als messbare Indikatoren der Patientenorientierung abbilden und kategorisieren.

### **Kategorie: Pflege und Behandlung**

- Der Patient erhält auf seinen jeweiligen Bedarf bezogene Unterstützung
- Der Bedarf des Patienten wird eingeschätzt und bewertet
- Die Selbstständigkeit des Patienten bleibt erhalten bzw. wird gefördert
- Mitarbeiter binden den Patienten in die Behandlungs- und Pflegeabläufe ein und beteiligen ihn bei Planung und Entscheidungen
- Mitarbeiter überprüfen die Wirkung von Pflege- und Behandlungsmaßnahmen
- Mitarbeiter stimmen Pflege und Behandlung individuell mit dem Patienten ab
- Mitarbeiter sorgen für das Wohlbefinden des Patienten, indem sie für die gewünschte und erforderliche Ruhe, für Schmerzfreiheit sorgen und die Intimsphäre des Patienten wahren
- Pflegerische und therapeutische Maßnahmen werden in zusammenhängenden Arbeitsabläufen durchgeführt
- Der Patient erkennt, dass er auch mit seinen individuellen Bedürfnissen wahrgenommen und ernst genommen wird
- Mitarbeiter nehmen Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten bei der Pflege und Behandlung

### **Kategorie: Information und Beratung**

- Der Patient kennt seine Ansprechpartner
- Der Patient erhält individuelle und verständliche Beratung, Information und Aufklärung über Verhaltensweisen und über Untersuchungsabläufe
- Der Patient wird nach seinen Bedürfnissen, Wünschen, Erfahrungen im Umgang mit seiner Erkrankung und seinem Befinden befragt
- Der Patient entscheidet mit
- Der Patient wird über den Entlassungstermin informiert
- Der Patient erhält ein Abschlussgespräch mit dem Arzt, der Schwester und bei Bedarf mit dem Sozialdienst

**Kategorie: Kommunikation**

- Mitarbeiter sind freundlich
- Mitarbeiter sprechen Pflegemaßnahmen mit dem Patienten ab
- Mitarbeiter berücksichtigen die individuellen Erfahrungen des Patienten
- Mitarbeiter zeigen Interesse an den Erwartungen des Patienten
- Mitarbeiter zeigen Interesse an den für den Aufenthalt relevanten Lebensgewohnheiten des Patienten
- Mitarbeiter fragen den Patienten nach seinen Beschwerden
- Der Patient und seine Angehörigen sind bei den Mitarbeitern des Krankenhauses willkommen und werden freundlich empfangen
- Mitarbeiter fragen den Patienten nach seinem Befinden

**Kategorie: Interaktion**

- Patienten erkennen am Verhalten und Handeln, dass es den Mitarbeitern um ihr Wohl geht
- Angehörige des Patienten werden auf seinen Wunsch durch angemessene Information, Beratung und Anleitung eingebunden
- Mitarbeiter nehmen sich Zeit für den Patienten (z.B. hören zu, setzen sich zu ihm, sprechen mit ihm, trösten ihn)
- Patienten erkennen, dass sie von Mitarbeitern mit ihren Bedürfnissen ernst genommen werden
- Mitarbeiter gehen auf die Gefühle des Patienten ein
- Bei allen Maßnahmen findet Kommunikation, Kooperation sowie Interaktion zwischen Mitarbeiter und Patient so statt, dass sich der Patient wohl fühlt
- Mitarbeiter bieten dem Patienten ihre Hilfe an
- Mitarbeiter muntern den Patienten auf
- Mitarbeiter weisen den Patienten auf Fortschritte hin
- Mitarbeiter helfen dem Patienten, Angst abzubauen (z.B. durch Information, Zuhören, Aufklärung)
- Mitarbeiter schaffen Vertrauen (z.B. durch Zuverlässigkeit, Unterstützung) und vermitteln dem Patienten mit ihren Reaktionen Sicherheit
- Der Patient wird in seiner Person beachtet, geachtet und die Mitarbeiter gehen respektvoll mit ihm um
- Mitarbeiter gehen verständnisvoll mit Sorgen und Problemen des Patienten um

**Kategorie: Service- und Dienstleistung**

- Mitarbeiter bieten Unterstützung bei der Erledigung der Formalitäten an
- Mitarbeiter helfen bei der Orientierung im Haus
- Die Beschilderung ist übersichtlich
- Die Ausstattung der Zimmer und Bäder ist bedürfnisgerecht

- Bei allen Maßnahmen entstehen keine oder nur kurze Wartezeiten
- Serviceleistungen werden bedarfsgerecht bereitgestellt
- Die Menüwahl wird mit dem Patient abgesprochen
- Die Mitarbeiter bieten dem Patienten Unterstützung nach der Entlassung an

In einer vorläufigen Analyse ließen sich die Indikatoren vorwiegend den Dimensionen Handlungs-, Verhaltens-, Krankheits-, Interaktions-/Kommunikations- und interkulturelle Pflegeorientierung sowie symmetrische Kommunikation von Wittneben zuordnen. Dieses Ergebnis muss allerdings eingehender geprüft und abgesichert werden.

Patientenorientierung wird auch dadurch gekennzeichnet, dass Ärzte, Pflegende und Mitarbeiter der Funktionsabteilungen sowie die Verantwortlichen des gesamten Unternehmens Interesse an der Einschätzung der Patienten haben und sie danach befragen.

Im Rahmen von Patientenbefragungen markieren diese Indikatoren den Grad der Patientenorientierung, der Leistungen und Interaktionen sowie der Umsetzung der Unternehmensphilosophie und der patientenorientierten Ausrichtung der Strukturen des untersuchten Hauses. Es kann davon ausgegangen werden, dass hohe Zustimmungsraten zu den genannten Indikatoren einen hohen Grad an Patientenorientierung wiedergeben.

Zur Überprüfung der Überlegungen wurde zunächst eine qualitative Untersuchung mit Problemzentrierten Interviews von neun Patienten (erster Teil der empirischen Studie, vgl. Kap. 3.3) durchgeführt. Im Zentrum der Interviews stand die Frage, worauf Patienten bei Krankenhausaufenthalten besonderen Wert legen, woran sie also Patientenorientierung erkennen. Hierdurch sollten die theoretischen Überlegungen verifiziert und sichergestellt werden, dass möglichst alle relevanten Komplexe erfasst wurden.

Im zweiten Teil der empirischen Studie wurde eine quantitative Untersuchung in zwei – in Größe, Struktur und Einzugsbereich vergleichbaren – Krankenhäusern durchgeführt. Auf der zuvor beschriebenen Grundlage wurde ein Befragungsinstrument entwickelt und mit den im Betrieb vorhandenen Ressourcen eingesetzt und ausgewertet. Im Zuge vergleichender Studien – sowohl zeitlich innerhalb eines Hauses (z. B. zur Messung der Wirkung von Schulungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen) wie auch zwischen vergleichbaren Häusern – sollte es zur Abbildung von Unterschieden geeignet sein.

Zum Einsatz kam ein auf der Grundlage der ermittelten Indikatoren entwickelter Fragebogen, mit dem insgesamt 364 Patienten befragt wurden. Ziel der Untersuchung war sowohl die Prüfung des Untersuchungsinstrumentes auf Validität und Reliabilität wie auch die Ermittlung von Unterschieden beim Erreichungsgrad von Patientenorientierung in beiden Häusern.

Nachfolgend werden die einzelnen Schritte des empirischen Teils der Studie vorgestellt.

- 
- <sup>1</sup> Feuerstein, G.; Badura, B. (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Hans-Böckler-Stiftung: Graue Reihe- Neue Folge Bd. 39. Düsseldorf: Eigenverlag a.a.O
  - <sup>2</sup> Bartholomeyczik, S. (1992): Humanität und Wirtschaftlichkeit- zukunftsorientierte Aufgabe der Pflegeberufe. In Krankenpflege 9. S. 516 – 518
  - <sup>3</sup> Badura, B. (2002): Der Rollenwechsel von BürgerInnen und PatientInnen im Gesundheitswesen – Zukunftsvision für ein Partnerschaftsmodell. Online in Internet: URL: [http:// www.agenda21.nrw.de/-down-load/redebadura.pdf](http://www.agenda21.nrw.de/-down-load/redebadura.pdf) [15 März 2002]
  - <sup>4</sup> Schmidt, H. (1991): Philosophisches Wörterbuch. Neu bearb. von Georgi Schischkoff. 22. Aufl. Stuttgart: Körner
  - <sup>5</sup> Juchli, L. (1985): Heilen und Wiederentdecken der Ganzheit. Stuttgart: Kreuz-Verlag
  - <sup>6</sup> Fiechter, V.; Meier, M. (1981): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel: RECOM
  - <sup>7</sup> Käppeli, S. (1988): Moralisches Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege. Pflege, 1. S. 20-27
  - <sup>8</sup> Juchli, L. (1992): Ganzheitliche Pflege: Vision oder Wirklichkeit. [Ill.: Marguerite Dupaspuier]. 2. Aufl. Basel; Baunatal: Recom
  - <sup>9</sup> Juchli, L. (1992): ebenda
  - <sup>10</sup> Meier, M. (1989): Die Bedeutung des Begriffs Ganzheitlichkeit bei verschiedenen Autoren. In: Pflege, Band 2, Heft 1. S. 27 – 35
  - <sup>11</sup> Bischoff, C. (1987): Von der weiblichen Liebestätigkeit zur ganzheitlichen Pflege – ist das ein Fortschritt? Soziale Medizin, 4. S. 4-12
  - <sup>12</sup> Ostner, I.; Beck-Gernsheim, E. (1981): Mitmenschlichkeit im Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt/M., New York: Campus
  - <sup>13</sup> Kampmeyer, D.; Schulte, J. (1986): Umfassende und geplante Pflegetätigkeit im Krankenhaus. Köln: Hohenlinder Schriftenreihe
  - <sup>14</sup> Gikas, M. (1988): Paradigmenwechsel in der Medizin? Kritische Bemerkungen zum „ganzheitlichen“ Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Die Schwester/Der Pfleger 7. Melsungen: Kohlhammer. S. 572-576
  - <sup>15</sup> Bischoff, C. (1993): „Ganzheitlichkeit in der Pflege – Anmerkungen zu einem strapazierten Begriff“. Vortrag gehalten auf der II. Fachtagung des Deutschen Verbandes für Pflegewissenschaft (DVP) in Halle am 03.12.1993
  - <sup>16</sup> Bleses, H., Lampmann, P. (1998): Gestaltungsfelder für Patientenorientierte Pflegeorganisation. In: Prognos (Hrsg.) (1998c): Patientenorientierung – eine Utopie?: Modellerfahrungen im Pflegedienst der St. Elisabeth Krankenhaus Mayen GmbH. Stuttgart: G. Fischer. S. 181 - 208
  - <sup>17</sup> Bleses, H. et al (1996): Ganzheitliches Pflegemodell soll die Pflege verbessern. In: Pflegefachzeitschrift. 49. Jahrgang, 2/96. Stuttgart: Kohlhammer. S. 116 – 118
  - <sup>18</sup> Bleses, H. (1998a): Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH. In: Pflegefachzeitschrift. 50. Jahrgang 2/98. Stuttgart: Kohlhammer. Beilage. S. 1-11
  - <sup>19</sup> Seidl, E. (1993): Pflege im Wandel. 2. Auflage. Wien; München; Bern: Verlag Wilhelm Maudrich
  - <sup>20</sup> Richter, D.; Saake, I. (1996): Die Grenzen des Ganzen. Eine Kritik holistischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. Pflege, Band 9, Heft 1. Bern: Huber. S. 171 – 179
  - <sup>21</sup> Büssing, A.; Barkhausen, M.; Glaser, J. (1998): Modernisierung der Pflege durch ganzheitliche Pflegesysteme? Ergebnisse einer formativen Evaluation. In: Pflege, Heft 4. S. 183 – 191
  - <sup>22</sup> Büssing, A.; Barkhausen, M.; Glaser, J. (1998): ebenda
  - <sup>23</sup> Büssing, A.; Glaser, J. (1997): Ganzheitliche Pflege und Arbeitsbelastung: In: Büssing, A. (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie. S. 301- 320
  - <sup>24</sup> Benner, P. (1997): Stufen der Pflegekompetenz = From novice to expert. Aus dem engl. Übers. Von Matthias Wengenroth. 2. Nachdruck. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
  - <sup>25</sup> Taubert, J. (1983): Menschengerechte Krankenpflege. Deutsche Krankenpflege Zeitschrift 36; 4. S.196-199
  - <sup>26</sup> Bartholomeyczik, S. (1986): Gesundheit als Voraussetzung patientenorientierter Krankenpflege. Krankenpflege, 5. S. 178-180

- 
- <sup>27</sup> Bienstein, C. (1989): Inhalt und Zielsetzung der patientenorientierten Pflege. In: Krankenpflege (DBFK) 5. S. 214-216
- <sup>28</sup> Seidl, E. (1993): a.a.O. (vgl. FN 19)
- <sup>29</sup> Bischoff, C. (1994): Ganzheitlichkeit in der Pflege. Anmerkungen zu einem strapazierten Begriff. Mabuse 91
- <sup>30</sup> Wittneben, K. (1998): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Lehrkraft. Über Voraussetzungen einer kritisch-konstruktiven Didaktik in der Krankenpflege. 4. überarb. Auflage. Frankfurt am Main; Berlin; Bern; New York; Paris; Wien: Lang
- <sup>31</sup> Taubert, J. (1992): Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Frankfurt a. Main: Mabuse-Verlag, Wissenschaft
- <sup>32</sup> Seidl, E. (1993): a.a.O. (vgl. FN 19)
- <sup>33</sup> Wittneben, K. (1998): a.a.O. (vg. FN 30)
- <sup>34</sup> Wittneben, K. (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik in der Krankenpflege. Frankfurt am Main; Bern; New York; Paris: Lang
- <sup>35</sup> Wittneben, K. (1993): Patientenorientierte Theorieentwicklung als Basis einer Pflegedidaktik. In: Pflege. Band 6, Heft 3. S.203 - 209
- <sup>36</sup> Arets, J.; Obex, F.; Vaessen, J.; Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt: Neicanos
- <sup>37</sup> Bauer, I. (1996): Die Privatsphäre des Patienten. Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- <sup>38</sup> Orem, D. (1985): Nursing- Concepts of Practice. 3. Auflage. New York – London – Hamburg
- <sup>39</sup> Wittneben, K. (1993): a.a.O. (vgl. FN 35)
- <sup>40</sup> Leininger, M. (1991): Culture Care. Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing
- <sup>41</sup> Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. I und II. 2. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp
- <sup>42</sup> Busch, J. (1995): „Was der Patienten sagt ...“ Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS- Junge Pflegewissenschaft
- <sup>43</sup> Stöhr, C.; Stöhr, H. (1997): High-Tech-Medizin, Standards und der Patient als Individuum – Konkurrenz oder Synergie? In: Zwierlein, E. (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberger. S. 369 - 381
- <sup>44</sup> Braun von Reinersdorf, A. (2002): Strategische Krankenhausführung. Vom Leanmanagement zum Balanced Hospital Management. 1. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- <sup>45</sup> Wahrig, G. (2002): Deutsches Wörterbuch 7. vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage. Gütersloh; München: Wissen Media Verlag GmbH (vormals Bertelsmann Lexikon Verlag GmbH)
- <sup>46</sup> Haubrock, M.; Schär, W. (2001): Management im Gesundheitswesen. Beiträge aus Lehre, Forschung und Praxis des Studiengangs Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen, Heft Nr. 6/ 2001. S. 13 - 18
- <sup>47</sup> Gohde, J. (1996): Marktorientierung und Wettbewerb als Herausforderung für die Pflegedienste der Diakonie. Referat anlässlich 3. Evangelisches Symposium „Ambulante sozialpflegerische Dienste“. In: Dokumentation: Menschen pflegen Menschen. Mainz.
- <sup>48</sup> Eichhorn, S. Schär, W. (1997): Kosten, Kunden, Qualität. Eine Analyse, Teil 1. In: Heilberufe 49, Heft 6. S. 14 – 16
- <sup>49</sup> Simon, M. (1997): Die Reform im Krankenhaus. „Kunden“ im Gesundheitszentrum. Arbeitsgruppe Publik Health. In: WZB Mitteilungen. Heft 77. S. 29-32
- <sup>50</sup> Ament- Rambow, C. (1998): Der Patient ist König – oder der Weg zum kundenorientierten Krankenhaus. Patientenzufriedenheit ist Dreh- und Angelpunkt der Arbeit. In: kw 3/98. S. 152 – 158.
- <sup>51</sup> Braun von Reinersdorf, A. (2002): a.a.O. (vgl. FN 44)
- <sup>52</sup> Gärtner, H. W. (1997): Das Krankenhaus als System. In: Zwierlein, E. (1997): a.a.O. (vgl. FN 43) S. 119 -138
- <sup>53</sup> Braun von Reinersdorf, A. (2002): ebenda



- 
- <sup>54</sup> Köhler, T. (1995): Rechtliche Aspekte einer veränderten Arzt- Versicherten- Beziehung. In: Tagungsbericht 2. „Tübinger Begegnung: Traumatologie und Recht“. Interdisziplinärwissenschaftliches Symposium über „Wandel der gegenseitigen Beziehung des Unfallverletzten und behandelnden Arztes“ am 22. Oktober 1994 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen, ed. Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Heidelberg. S. 85-95. zit. n. Stöhr, C. Stöhr, H. (1997): a.a.O. (vgl. FN 43)
- <sup>55</sup> Braun von Reinersdorf, A. (2002): ebenda
- <sup>56</sup> Thill, K.-D. (1999): Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser. Theoretische Grundlagen und Fallbeispiele. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
- <sup>57</sup> Gärtner, H. W. (1997): Das Krankenhaus als System. In: Zwierlein, E. (1997): a.a.O. (vgl. FN 1). S. 119 -138
- <sup>58</sup> Bruhn, M. (1995c): Internes Marketing als Baustein der Kundenorientierung. In: Die Unternehmung, 49. Jg. Nr. 6. S: 381 - 402
- <sup>59</sup> Bruhn, M. (2003): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 4. verbesserte Auflage. Berlin; Heidelberg; New York; Hongkong; London; Mailand; Paris; Tokio: Springer
- <sup>60</sup> Während der Patient ca. viermal im Bekannten – und Freundeskreis über positive Erfahrungen in der Betreuung und Behandlung berichtet, gibt er negative Eindrücke neun- bis zwanzigmal weiter (Ament-Rambow, 1998: 158, a.a.O.)
- <sup>61</sup> Bruhn, M. (1999): Kundenorientierung. Bausteine eines exzellenten Unternehmens. 1. Auflage. München: Verlag C.H. Beck
- <sup>62</sup> Bleses, H. (1997c): Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems. In: Büssing, A. (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. a.a.O. (vgl. FN 23)
- <sup>63</sup> Fawcett, J. (1998): Levines Konservationsmodell. In: Fawcett, J. (1998): Konzeptionelle Modell der Pflege im Überblick. 2. überarb. Aufl. Bern, Göttingen Toronto, Seattle: Huber. S.171-223
- <sup>64</sup> Bleses, H. (1998a): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>65</sup> Büssing, A.; Glaser, J. (1997): a.a.O. (vgl. FN 23)
- <sup>66</sup> Bleses, H. (1998a): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>67</sup> Bleses, H. (1997c): Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems. In: Büssing, A. (1997): a.a.O. (vgl. FN 23). S. 269 - 288
- <sup>68</sup> Bleses, H., Heuvelmann M., et al.(1998): Formale Grundlagen als Instrumente des Qualitätsmanagements. In: Prognos (Hrsg.) (1998c): a.a.O. (vgl. FN 16). S.143 -180
- <sup>69</sup> Bell, A.; Wittmann, C.; Luxemburger, J. (1998): Pflegeverständnis/Was heißt Pflege? In: Bleses, H. (1998a): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>70</sup> Pflegeleitbild St. Elisabeth Krankenhaus Mayen (1995): Unveröffentlichte Broschüre.
- <sup>71</sup> Bell, A. (1998): Beratung in der Pflege. In: Bleses, H. et al. (1998a): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>72</sup> Kellnhauser, E. (1996): Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 35. Jahrg.; 4/96. Melsungen: Kohlhammer
- <sup>73</sup> Bell, A.; Becher, A. (1998a): Beratung in der Pflege. In: Bleses, H. et al. (1998a): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>74</sup> Wittmann, C.; Luxemburger, J. (1998): Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. In: Bleses, H. et al. (1998a): ebenda
- <sup>75</sup> „Angehörige“ schließt Freunde und Bekannte, die das ausdrückliche Vertrauen des Patienten genießen, ein.
- <sup>76</sup> Wahrig, G. (2002): a.a.O. (vgl. FN 45)
- <sup>77</sup> Kötz, W. (1972): Zur Dienstleistungsökonomie. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflegedienste. Berlin: Herder-Dorneich
- <sup>78</sup> Peplau, H. (1965): The heart of nursing: Interpersonal relations. The Canadian Nurse, 61. S. 273-275
- <sup>79</sup> Fawcett, J. (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Aus dem Amerikanischen von Irmela Erckenbrecht. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- <sup>80</sup> Wahrig, G. (2002): a.a.O. (vgl. FN 45)
- <sup>81</sup> Lauber, A.; Schmalstieg P. (2001): Wahrnehmen und Beobachten. 1. Aufl., Stuttgart; New York: Thieme. S. 4 – 31

- 
- <sup>82</sup> Bönsch, M. (2000): Patientenorientierung zwischen Kundenwerbung und konstruktiv-systemischer Menschenbehandlung. In: Pflegemanagement. PR-Internet 1/00. S.19 –26
- <sup>83</sup> Watson, J. (1996): Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- <sup>84</sup> Arets, J.; Obex, F.; Vaessen, J.; Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt: Neicanos
- <sup>85</sup> Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung [Hrsg.] (1983): Zur Humanität im Gesundheitswesen. Bonn-Bad Godesberg
- <sup>86</sup> Schmidt, H. (1991): Philosophisches Wörterbuch. Neu bearb. von Georgi Schischkoff. 22. Aufl. Stuttgart: Körner
- <sup>87</sup> Benner, P.; Wrubel, J. (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Aus dem Amerikan. von Irmela Erckenbrecht. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- <sup>88</sup> Benner, P. (1984): From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical nursing Practice. Massachusetts: Addison-Wesley-Publishing
- <sup>89</sup> Kurella, S.; Hüttner, H. (1979): Das soziale Wesen Patient. In: Hüttner, H.; Harych, I.; Keune, H. et al.: Der Patient im Krankenhaus. Berlin. S 14-30
- <sup>90</sup> Bauer, I. (1996): a.a.O. (vgl. FN 37)
- <sup>91</sup> Busch, J. (1996): „Was der Patient sagt ...“. a.a.O. (vgl. FN 42)
- <sup>92</sup> Levine, M.E. (1989a): Beyond dilemma. Seminars in Onkologie Nursing, 5. S 124-128
- <sup>93</sup> Fawcett, J. (1998): Levines Konversationsmodell. In: Fawcett, J. (1998): Konzeptionelle Modelle der Pflege im Überblick. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 171 - 223
- <sup>94</sup> Leininger, M.M. (1991a): The theory of culture care diversity and universality. In: M.M. Leininger (Ed.): Culture care diversity and universality: A theory of nursing (pp.5-66). New York: National League for Nursing
- <sup>95</sup> Leininger, M. M. (1985): Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. Nursing Science Quarterly, 1. S. 152-160
- <sup>96</sup> Fawcett, J. (1999): Leiningers Theorie der transkulturellen Pflege. In: Fawcett, J. (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 50 – 80
- <sup>97</sup> Bönsch, M. (2000): a.a.O. (vgl. FN 82)
- <sup>98</sup> Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. 1. Aufl. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- <sup>99</sup> Taubert, J. (1992): a.a.O. (vgl. FN 31)
- <sup>100</sup> Theisinger, J. (1997): Qualität bedeutet, Anforderungen zu erfüllen. In: Pflegezeitschrift, Heft 12. S. 747 - 751
- <sup>101</sup> Thill, K.-D. (1999): a.a.O. (vgl. FN 56)
- <sup>102</sup> Bruhn, M. (1999): a.a.O. (vgl. FN 61)
- <sup>103</sup> Fiechter, V.; Meier, M. (1993): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. 9. Aufl., Basel: RECOM
- <sup>104</sup> Frey, G. (2001): Patientenzufriedenheit - cui bono? Online in Internet: URL: <http://www.patientenzufriedenheit.de/DEFINI.HTM>
- <sup>105</sup> MediaLine.Fakten.Medialexikon:  
<http://medialine.focus.de/PM1D/PM1DB/PM1DBF/pm1dbf.htm?stichwort=indikator>

### 3 Empirische Untersuchung

Systematische Befragungen werden vor unterschiedlichen Hintergründen und nach unterschiedlichen Methoden durchgeführt. Besonders seit Patienten in Gesundheitseinrichtungen als „Kunden“ betrachtet werden und Qualitätsmanagement gesetzlich vorgeschrieben ist, haben Patientenbefragungen Hochkonjunktur (vgl. Satzinger 1998)<sup>1</sup>. Befragungen dienen zur Ermittlung von Fakten, Wissen, Meinungen, Einstellungen und Bewertungen, so Phillips (1971, S. 3)<sup>2</sup> und Kaase/Ott/Scheuch (1983, S. 17)<sup>3</sup>, und gelten als das Standardinstrument der empirischen Sozialforschung. Sie können mündlich, schriftlich oder telefonisch, einmalig, periodisch oder kontinuierlich angelegt sein, können vom Krankenhauspersonal selbst oder von externen Experten und vor oder nach der Entlassung der Patienten durchgeführt werden. Dabei können die Fragen auf die Erfahrungen von Patienten beim Krankenhausaufenthalt, auf ihre Zufriedenheit mit dem Aufenthalt oder aber auf Patientenbeobachtungen und Patientenurteile gerichtet sein (vgl. Schnell 1999, S. 101).<sup>4</sup>

Im Folgenden werden die Überlegungen und die einzelnen Schritte dargestellt, die zur Auswahl und Anwendung der jeweiligen Methoden und zur Entwicklung der verschiedenen Instrumente führten.

#### 3.1 Untersuchungsdesign

Der empirische Teil dieser Arbeit dient der Überprüfung, Veranschaulichung und Präzisierung der im theoretischen Teil entwickelten Überlegungen (vgl. Rieder 1999, S. 123)<sup>5</sup>. Nachstehende Ziele sollen erreicht werden:

1. Das theoretische Konzept von Patientenorientierung und die aufgezeigten Indikatoren sollen durch Interviews überprüft und präzisiert werden. Zentrales Anliegen dabei ist die Beantwortung der Frage, worauf Patienten während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus besonderen Wert legen (vgl. DELBANCO 1998)<sup>6</sup> und welche Erwartungen sie vor dem Hintergrund konkreter Erfahrungen im Zuge ihres Krankenhausaufenthaltes haben.
2. Die Ergebnisse sollen in ein Patientenbefragungsinstrument einfließen. Mit der Befragung soll der Grad der von Patienten erfahrenen und wahrgenommenen Orientierung erhoben werden. Durch eine vergleichende Untersuchung in zwei Untersuchungsfeldern sollen Unterschiede und Ähnlichkeiten aufgezeigt werden. Dabei soll geprüft werden, ob das Instrument die Gütekriterien erfüllt.

Die vorliegende Studie bedient sich der Triangulation, die sich in diesem Falle sowohl auf die Verknüpfung verschiedener qualitativer Methoden (vgl. Flick 1992a)<sup>7</sup> als auch auf eine Mischung von qualitativen und quantitativen Methoden bezieht (vgl. Jick 1983<sup>8</sup>, zit. n. Flick 1999)<sup>9</sup>.

Zunächst wurden in einer Interviewbefragung Erwartungen, Wünsche und Wahrnehmungen von Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes aus phänomenologi-

scher Sicht (vgl. Gadamer 1970)<sup>10</sup> ermittelt. Bei den Interviews wurden die Daten primär durch das Gespräch mit Patienten während des Aufenthaltes im Krankenhaus (im Untersuchungsfeld) und in typischer Krankenhausumgebung (Patientenzimmer, bzw. Aufenthaltsraum) erhoben. Sie erlaubten die Weiterentwicklung der theoretischen Überlegungen und dienten als sinnvolle Basis für die Entwicklung eines Fragebogens, mit der die weiter unten vorgestellten Untersuchungen durchgeführt wurden.

### 3.2 Bestimmung der Stichprobe

Sowohl die Interviews als auch die Fragebogenerhebung waren auf Erwartungen und Erfahrungen von Patienten zum Thema Patientenorientierung im Krankenhaus gerichtet. Aus diesem Grunde war es erforderlich, Patienten zu befragen, die mindestens über so viel Krankenhauserfahrung verfügten, dass sie einen kompletten Tages- und Nachtaufenthalt beurteilen konnten. Es sollte so sichergestellt werden, dass Patienten den Aufnahme-, Behandlungs- und Pflegeprozess, sowie Abläufe im Krankenhaus kennen gelernt hatten und einschätzen konnten, um so zuverlässige Aussagen zu erhalten. Weil nicht jeder Patient vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt auf Erfahrung zurückgreifen konnte, wurden daher nur Patienten befragt, die mindestens 24 Stunden im Krankenhaus zur Behandlung aufgenommen waren. Damit wurden alle Kurzzeit- und Tagespatienten aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Aus personellen, zeitlichen und finanziellen Gründen wurde auch auf die Teilnahme solcher Patienten verzichtet, die nur mit fremder Hilfe hätten teilnehmen können.

Die Entscheidung, die Auswahl der Patienten als Interviewpartner über den Kontakt der behandelnden Ärzte bzw. über Stationsleitungen und Schwestern der jeweiligen Station zu treffen, wurde im Vorfeld mit Stationsleitungen, dem Direktorium (Ärztlicher Direktor, Pflegedirektor und Geschäftsführer) sowie dem damaligen Krankenhausseelsorger getroffen<sup>11</sup>. Dabei wurden ethisch relevante Fragestellungen berücksichtigt. Einig war sich das Gremium, dass die auswählenden Personen am besten entscheiden können, welche Patienten *erstens* gesundheitlich und geistig in der Lage waren, ein entsprechendes Interview zu geben und *zweitens* bereit und fähig waren, angemessen über ihre Erfahrungen und Erwartungen zu berichten. Der Gefahr, dass Patienten „ausgesucht“ wurden, die sich nur positiv äußerten und keine Kritik am Verhalten der Mitarbeiter anbringen bzw. sich „sozial erwünscht“ äußern würden, waren sich die auswählenden Personen durchaus bewusst und trafen aus diesem Grunde gemeinsam eine Entscheidung bei der Auswahl der Interviewpartner.

Zudem wurden Patienten am Vortag ihrer Entlassung, bzw. am Entlassungstag befragt, um Befürchtungen von Patienten Rechnung zu tragen, Nachteile durch das gegebene Interview zu haben.

Die Stichprobe wurde demnach aus der Gesamtheit aller Patienten gezogen, die im Untersuchungszeitraum mindestens 24 Stunden im Krankenhaus verbracht hatten. Die

Befragung fand am Vortag ihrer Entlassung statt und hatte zur Voraussetzung, dass die Befragten den Fragebogen selbstständig ausfüllen konnten.

### 3.3 Qualitative Studie/Die Interviews

Zur Überprüfung der im theoretischen Teil gebildeten Indikatoren von Patientenorientierung wurden problemzentrierte Interviews nach Witzel (1982)<sup>12</sup> durchgeführt. Die Methode des *problemzentrierten Interviews* schließt die verschiedenen Formen der offenen und teilstrukturierten Befragungen ein. *Problemzentrierung* kennzeichnet „die Orientierung des Forschers an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung“ (Witzel 1985, S. 230)<sup>13</sup>. Die Methode erlaubt, im Interview mit den Befragten eine Verbindung zu den theoretischen Kenntnissen des Forschers herzustellen (vgl. Rieder 1999, S. 125)<sup>14</sup>. Außerdem kann „das Hintergrundwissen des Forschers“ mit einem Interviewleitfaden „thematisch strukturiert“ (Witzel, ebenda, S. 236) organisiert werden. Der Befragte soll bei einem problemzentrierten Interview möglichst frei zu Wort kommen, wobei das Gespräch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert ist. Der Interviewer lenkt den Interviewpartner immer wieder auf sie zurück (Mayring 1999, S. 50)<sup>15</sup>.

Witzel (ebenda, S. 235) weist aber darauf hin, dass ein Interviewer im konkreten Befragungsprozess immer auf „ad-hoc-Strategien“ angewiesen ist. Da Verzerrungen (z.B. Suggestivfragen) nicht generell ausgeschaltet werden können, sollten auch diese aufgezeichnet werden und in der Interpretation Berücksichtigung finden.

#### 3.3.1 Der Interviewleitfaden

Um sicherzustellen, dass die „forschungsrelevanten Themen auch tatsächlich angesprochen werden, bzw. eine zumindest rudimentäre Vergleichbarkeit der Interviewergebnisse gewährleistet werden kann“ (Schnell; Hill; Esser 1999, S. 355)<sup>16</sup> und um die Befragung nicht auf die „Ebene allgemein gehaltener Aussagen“ zu beschränken (Flick 1999, S. 95)<sup>17</sup>, wurde für die Studie ein Interviewleitfaden mit vorformulierten Leitfragen entworfen (vgl. Anhang 1). Die Fragen im Interviewleitfaden waren in thematische Felder eingeteilt und berücksichtigten die spezifische Situation der interviewten Person, als Patient im Krankenhaus. Außerdem dienten sie der Interviewerin als Hilfe, Gedankensstütze und Kontrolle zur Zentrierung auf das zu untersuchende Problemfeld. Damit konnten eine theoriegeleitete Kontrolle der gesamten Befragung gewährleistet (Atteslander 2000, S. 117)<sup>18</sup> und das Verständnis von Patientenorientierung systematisiert (Scheuch 1973, S. 123)<sup>19</sup> werden.

Um die „Spezifität“ der Interviews zu erhöhen, wurde die „retrospektive Introspektion“ (Flick 1999, S. 95)<sup>20</sup> durch eine Eingangsinformation gefördert: *„Bitte denken Sie an Ihren Krankenhausaufenthalt von der Aufnahme hier im Krankenhaus bis zum jetzigen Zeitpunkt. Worauf haben sie jeweils besonderen Wert gelegt?“* In der folgenden Gesprächssituation orientierten sich die Fragen am chronologischen Prozess des Krankenhausaufenthaltes. Die Kernfrage lautete: *„Worauf legen sie besonderen Wert bei ...“*

und implizierte die Fragen: „*Was ist besonders wichtig, was wünschen Sie sich, welche Bedürfnisse haben Sie?*“ Mit den Fragen: „*Was kann das Personal tun, damit ...*“ und „*Was soll auf jeden Fall geändert werden? Würden sie wiederkommen?*“ wurden die Befragten aktiv eingebunden und nach Gestaltungsvorschlägen befragt. Um aber die Möglichkeit zuzulassen, vom interviewten Patienten angesprochene Themen aufzugreifen und in das Interviewgespräch zu integrieren (vgl. Atteslander 2000, S. 143)<sup>21</sup>, wurden die Fragen bei Bedarf auch in offener Abfolge gestellt. So konnten Aspekte, die vor Beginn der empirischen Untersuchung nicht erwartet wurden, angemessen berücksichtigt werden (vgl. Rieder 1999, S. 124)<sup>22</sup>.

Die beschriebene Vorgehensweise wurde gewählt, da sie am besten zur Erforschung und Beschreibung desjenigen geeignet erschien, was Patienten unter Patientenorientierung im Krankenhausalltag verstehen, was sie erwarten, worauf sie besonderen Wert legen, was sie wahrnehmen und erleben.

### 3.3.2 Vorbereitung, Durchführung, Datenaufzeichnung und Auswertung der Interviews

Um sicherzustellen, dass die Interviews nach einem einheitlichen Verfahren durchgeführt wurden und es sich um eine fachkompetente, „neutrale“ Interviewerin<sup>23</sup> (vgl. Atteslander 2000, S. 143)<sup>24</sup> handelt, die in der Lage war, kritische Distanz zu entwickeln (vgl. Friedrichs 1980, S. 289; zit. n. Mayring 1999, S. 41)<sup>25</sup> fanden im Vorfeld eine **Interviewschulung** und Probeinterviews statt, die nicht in die Studie einfließen.

Das Vorgehen generell, das Sprachverhalten während des Interviews, Probleme bei der Durchführung und die Interviewmethode wurden im Anschluss erörtert. Dabei wurden der Interviewleitfaden und die Interviewsituation (Umgebung, Technik, Zeitpunkt) geprüft. Eine Modifikation des Interviewleitfadens war nicht erforderlich.

In einem **Vor-/Informationsgespräch** wurde allen befragten Patienten das Anliegen, der Sinn und Zweck der Befragung erläutert und Fragen zur Vorgehensweise und Verwendung der Daten beantwortet. Es wurde das Einverständnis zur Tonbandaufzeichnung und zur weiteren Verwendung und Veröffentlichung der Daten eingeholt und ein konkreter Interviewtermin vereinbart. Durch Planung und Terminabsprachen wurde der Tages-Ablauf in den Stationen nicht gestört. Bei sieben der neun befragten Patienten fand das Interview am gleichen Tag nach der Information statt, zwei Patienten gaben das Interview am Folgetag. Für alle Interviews kann gesagt werden, dass sie auf einer vertrauensvollen Basis zwischen den Befragten und der Interviewerin durchgeführt werden konnten.

Für die Dauer des jeweiligen Interviews wurden **Rahmenbedingungen** geschaffen, die einen störungsfreien Ablauf sichern und verzerrende Einflüsse auf die Befragung minimieren sollten. Dazu gehörte, dass das Interview in einem Raum (Patienten-Einzelzimmer oder Aufenthaltsraum) stattfand, der eine ruhige und ungestörte Atmosphäre bot. Störungen durch Personen des Krankenhauses, Mitpatienten, Besucher,

Telefon etc. wurden in Absprache und auf ausdrücklichen Wunsch aller Patienten im Vorfeld ausgeschlossen. So konnte eine relativ offene Erhebung von Erfahrungen, Erwartungen, Wünschen erfolgen.

Die **Aufzeichnung** der Interviews erfolgte per Tonband, um so alle Daten zu sichern und der Interviewerin die Möglichkeit zu geben, sich voll auf das Gespräch zu konzentrieren. Zu den jeweils interviewten Personen war ein Identifikationsbogen entworfen worden, der von der Interviewerin vor dem Interview ausgefüllt wurde. Besonderheiten bzgl. der Interviewsituation wurden unmittelbar nach dem Interview in einem Postskriptum von der Interviewerin vermerkt. So konnten Begleitbeobachtungen der Interviewerin mit dem Fokus: *Situation* (Auffälligkeiten, Besonderheiten während des Gesprächs), *Persönliches Verhalten* (Sprachverhalten, Blickrichtung im übertragenen Sinne) und *Gesamteindruck* (Umgang mit Erkrankung und dem Krankenhausaufenthalt, Gestik, Mimik) notiert werden.

Die Interviews wurden anschließend von einem professionellen Schreibbüro transkribiert. Da die inhaltlich-thematische Ebene im Vordergrund stand und es nicht auf Dialekt und Sprachfeinheiten ankam, wurde bei der Transkription die Technik der „*Übertragung in normales Schriftdeutsch*“ (vgl. Mayring 1999, Hervorhebung im Original, S. 70) angewendet. Dabei wurden längere Sprechpausen und Lachen zusätzlich kommentiert. Die Transkripte wurden von der Interviewerin auf Vollständigkeit überprüft und punktuell mit den Tonbandaufzeichnungen verglichen.

Die **Auswertung** der Interviews erfolgte nach der Methode der „*zusammenfassenden Inhaltsanalyse*“ nach Mayring (1995, Hervorhebung im Original, S. 211)<sup>26</sup>. Da für die Studie besonders die inhaltliche Ebene des Materials interessant war, wurde es nach dem von Mayring 1988 entwickelten Ablaufmodell so zu einem überschaubaren Kurztex t reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten blieben. Dabei wurden für die vorliegende Studie von den sieben klassischen Schritten der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring einzelne zusammenfassende „(‘reduktive’)“ Prozesse durchgeführt (ders., S. 212). Zunächst wurde hierfür das Ausgangsmaterial bestimmt und das Ziel der Analyse festgelegt (Schritt 1). Bei der Analyse erfolgte eine Übertragung der transkribierten Interviews in eine Tabelle. Interviewerin (I) und Interviewpartner (IP) erhielten pro Frage und Antwort je eine Zeile. In einer zusätzlichen Spalte wurde das Material der IP zu einer auf die Inhalte eingegrenzte, beschreibende Form (Paraphrasen) zusammengefasst (ebenda, S. 211) und auf ausschmückende Textbestandteile verzichtet (Schritt 2 – 5). Das Material wurde in Schritt 6 zu Kategorien zusammengefasst und es wurde geprüft (Schritt 7), ob die Aussagen das Ausgangsmaterial noch repräsentieren (Mayring 1997, S. 61)<sup>27</sup>. Beispiele von Ergebnissen der Interviews werden im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

### 3.3.3 Ergebnisse aus den Patienteninterviews

Insgesamt wurden drei Männer und sechs Frauen interviewt. Tabelle 1: zeigt die sozio-biografischen Daten der interviewten Patienten: Das Alter lag zwischen 25 und 70 Jahren, wobei die Zahl der Krankenhausaufenthalte zwischen ein und achtmal betrug. Eine Patientin erreichte sogar 67 Krankenhausaufenthalte. Die Spanne zwischen geringer und umfassender Krankenhauserfahrung war demnach ausreichend weit.

**Tabelle 1: Sozio-biographische Daten der interviewten Patienten**

Patient Code-Nr.	Alter	Ge-schlecht	KH-Ver- weil-dauer (Tage)	KH-Auf- enthalte insges.	Versi- chert	Familien- stand	Anzahl der Kinder	Lebens- form	Konfes- sion	Beruf	Abteilung
1	70	m	21	7	g	verh.	1	Ehe	ev	Personal- leiter a. D.	Chirurgie
2	25	w	4	0	g	verh.	1		ev	Verkehrs- kauffrau	Gynä- kologie
3	68	m	2	4	g	verww.	0	allein	r.k	Maurer- meister	Innere
4	54	w	7	6	p	verh.	3	Ehe	r.k	Lehrerin	Innere
5	69	w	12	8	g	verh.	1	Ehe	r.k	Hausfrau	Innere
6	47	w	21	67	g	verh.	2	Ehe	r.k	Verw.- Angestellte	Urologie
7	35	m	10	1	g	verh.	0	Ehe	r.k	Verw.-An- gestellter	Chirurgie
8	59	w	11	1	g	verh.	1	Ehe	r.k	Hausfrau	Innere
9	27	w	5	3	g	verh.	3	Ehe	r.k	Arbeiterin	Gynä- kologie

Die Befragten waren zum Zeitpunkt des Interviews zur Behandlung in der Inneren Abteilung (4), der Chirurgie (2), der Gynäkologie (2) und der Urologie (1) aufgenommen.

Die Erwartungen von Patienten an Mitarbeiter eines Krankenhauses stehen, wie in Abschnitt 2.3 dargestellt wurde, im Zusammenhang mit ihrer Erfahrung, ihren allgemeinen und speziellen Kenntnissen in Bezug auf ihre Erkrankung und die Krankenhausbehandlung. Worauf Patienten neben einer qualifizierten Behandlung und Pflege besonderen Wert legen, geht aus den nachfolgend dargestellten Ergebnissen der problemzentrierten Interviews dieser Studie hervor. Die Antworten der Befragten wurden kategorisiert, um einen systematischen Abgleich mit den vordefinierten Indikatoren von Patientenorientierung vornehmen zu können.

#### Aussagen aus den Interviews

Die nachfolgenden Beispiele zeigen Aussagen von Patienten in den Interviews. Die Zahlen in Klammern weisen die Code-Nummer des jeweiligen Patienten aus. Es handelt sich überwiegend um Zitate, wobei um der besseren Lesbarkeit willen einige Antworten sinngemäß wiedergegeben werden. Auffallend war, dass viele Patienten bei ihren Antworten vorzugsweise den Zusatz „das ist mir wichtig“ stellvertretend für die im



regionalen Sprachgebrauch wenig verwendete Aussage „darauf lege ich besonderen Wert“ gebrauchten.

### **Vertrauen zum Personal, Verlässlichkeit**

*Vertrauen zum Personal habe er dann, so ein Patient, wenn das Personal qualifiziert, umsichtig und freundlich seine Aufgaben erfüllt und verlässlich ist (1). Man muss Vertrauen haben können, zu den Schwestern und den Ärzten, durch Offenheit, Information, Zuwendung (3). Ich muss zum Personal Vertrauen haben, also vom ersten Augenblick an schon, da muss ich halt sagen können, das ist er, zu dem hast du Vertrauen und mit ihm kannst du reden oder mit ihr (4). (...) wenn sie so ein bisschen auf mich eingehen, wenn ich mit ihnen sprechen kann und ich fühle das dann, du kannst Vertrauen haben zu der Schwester, die ist informiert (...). Da kannst du mit sprechen (5).*

### **Menschlichkeit**

*Im Krankenhaus gehören neben den medizinischen und pflegerischen Bedürfnissen auch die allgemeinen menschlichen Grundbedürfnisse dazu (1), (...) Zuspruch, mal ein gutes Wort, oder überhaupt nur, dass man merkt, dass das Personal nicht nur jetzt vom pflegerischen her sondern auch vom menschlichen her da sind. Aber dass man merkt, dass man nicht alleine ist, dass man nicht das Gefühl hat, man ist allein gelassen (6). Also besonders wichtig ist mir der Mensch vor allen Dingen, ob das jetzt ein Arzt ist oder das Pflegepersonal ist, also ich muss mit ihm (...) so - wie soll ich sagen - also ich muss eine Verbindung herstellen können. Dass ich wie ein Mensch behandelt werde, dass das also was ich sage, was ich vorzubringen habe, dass es auch ernst genommen wird (4).*

### **Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und zügige Aufnahmen ohne lange Wartezeiten**

*Besonderen Wert lege ich auf Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft, damit man Vertrauen hat (2). (...) das man sofort sehr freundlich empfangen wird, und dass die Schwestern und die Ärzte sich um einen kümmern, das ist das, was ich sehr schätze (8). (...) Also wenn das auch eine andere Person machen kann, die eben vertraut ist, die dabei ist, dann ist es eben auch wichtig, das man nicht unbedingt dann so mit Fragen gequält wird, die dann vielleicht jemand anderes auch beantworten könnte (2). (...) macht alles mein Mann und die Schwestern (5), (...) und das Personal mit hilft, bei den Papieren (9). Es soll zügig gehen - und freundlich müssen die Schwestern und Ärzte sein. Das ist für mich ganz wichtig (3). (...) dass die [Aufnahme] reibungslos und schnell vonstatten geht (7) [es ist mir wichtig] (...)dass ich nicht lange da warten muss (...) (9).*

### **Zuständigkeit und gut informiertes Personal**

*(...) Wenn man sich fachlich qualifiziert, umsichtig und verlässlich um mich kümmert. Dazu gehört auch, dass meine Erfahrungen mit meinen Krankheiten zur Kenntnis genommen werden (1). (...) finde ich gut, dass (...) dieser ständige Wechsel nicht so ist,*

dass jetzt eine Schwester, sagen wir mal ein paar Tage mit einem Patienten zu tun hat, ist auch für die Psyche, die können ganz anders drauf eingehen (...) Da sind doch einige Sachen, die man dann anvertraut oder wenn einer Probleme hat, jeder kriegt ja auch mal, das passiert mir jetzt auch, das ist eben weil ich sehr viel hier bin, man kriegt den seelischen Knacks, den Koller, man muss mal weinen und dann ist das doch, vor allen Dingen ist das ja auch von der medizinischen Seite her; wenn eine Schwester damit betreut ist, die sieht ja auch, sind Fortschritte da, ist es gleichbleibend oder ist es rückwirkend oder liegt was vor, wie hat es gestern ausgesehen, das kann man ja dann mit 2 oder 3 verschiedenen Pflegern gar nicht beurteilen (6). Die Information glaube ich ist bei allen (...) in einzelnen Fällen, oder es treten immer Sachen auf, wo sich von einer Stunde zur anderen was ändern kann (...) dafür ist es schon gut, wenn konstant dann eine ist. Es wäre noch besser, würde ich sagen, ich weiß nicht ob das machbar ist oder wie das machbar ist, wenn man von Anfang bis Ende eine Person behalten würde, dann könnte dann die Schwester oder der Pfleger den Arzt dann viel besser informieren, wenn gefragt wird, wie sieht es aus, ist es besser oder warum ist das und warum ist das (6).

### **Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einfühlungsvermögen des Personals**

Nur Haare föhnen, das ging noch nicht (...) da lege ich halt Wert drauf, wenn ich noch nicht kann, dass ich Hilfe benötige, die nehme ich auch dann an (4). Also wenn ich selbstständig sein kann, dann möchte ich das doch alleine machen (...). Aber sonst kann ich alleine, mach' ich es gern' alleine (4).

Dass sie Wert auf Fachkompetenz bei untersuchenden Ärzten legt stellt eine Patientin in einem Beispiel dar: „Bei Ultraschall, wenn ich da manchmal sitze, dann sind so 2 Ärzte, und ich mein, ich hab ja da auch keine Ahnung von, und wenn die dann so, ist das das oder ist das das? Ich sage: "Was sehen sie denn da? Sagen sie mir auch was sie sehen." Aber, das ist so, ich sehe in den Augen wie so Fragezeichen. Also das habe ich nicht gern, wenn die das halt so untereinander so fragen, das ist das? Dann denk' ich, sind die denn überhaupt kompetent die Zwei. Ob die das überhaupt wissen? Ich hab das dann lieber, wenn das bei mir halt ein Arzt macht, der mich auch kennt, der das ganz gezielt, ich mein, die anderen müssen auch lernen, das ist schon klar, und ich meine, ich hab ja auch nix dagegen, aber das macht mich dann so unruhig“(4). Möglichst keine Schmerzen (...) das halt schnell geht (...) (9).

### **Verständliche Aufklärung und Information und individuelle Betreuung und Behandlung**

Ich möchte über Untersuchungen, Maßnahmen und Ergebnisse soweit aufgeklärt werden, dass ich mich als Patient informiert und damit in den Heilprozess wissend eingebunden fühle (1). Informationen sollten je nach Bedeutung von einer zuständigen Fachperson gegeben werden, die Unklarheiten klären kann (1). (...) in so einer Situation beim Ultraschall da spricht man über mich, da spricht man nicht mit mir, weil ich ja, da-

*von hab ich ja eigentlich gar keine Ahnung, ich kann ja kaum draufsehen und das weiß ich ja auch alles nicht, und das mag ich nicht. (4). (...) dass man Fragen beantwortet bekommt, wenn man welche hat (9).*

*Ganz normale Umgangsformen, denke ich, die so geläufig sind, und, dass er auch offen zu mir ist und vor allen Dingen bei meiner Krankheit deutsch (gemeint ist der Verzicht auf Fremdworte) mit mir spricht (4). (...) Und was ich ganz, ganz wichtig finde, dass ich vom Arzt ernst genommen werde und dass der auch mal außer der Visite, die im allgemeinen immer, ich will nicht sagen hektisch, aber immer, vor allen Dingen, wenn mehrere dabei sind, fühle ich mich als Patient nicht so wohl. Ich habe lieber das Einzelgespräch mit dem Arzt und kann dann gezielt Fragen stellen und kriege dann auch gezielt Antworten (6). (...) ich möchte ja wissen, was mit mir passiert (6). Ich will halt gut aufgeklärt werden. Es ist halt ganz wichtig, das ich weiß, was jetzt kommt, was ich machen darf und wenn ich Hilfe brauche, dass ich die dann bekomme (9).*

### **Information und Beratung über Untersuchungen und Verhaltensweise**

*(...) dass der Arzt mit einem spricht, wenn er irgendwelche Sachen feststellt (2). Ich möchte schon die Wahrheit wissen und ich bin da auch sehr empfindlich und ich merke es auch, wenn gezögert wird, ne. Und ich möcht' es wissen und das weiß der Arzt auch, das wird auch akzeptiert. Das gibt mir wieder halt das Vertrauen (4). (...) ich kann dann halt für mich weiterarbeiten, so weiterarbeiten (...) wenn ich weiß, wofür ich arbeite (...), dann ist alles so offen, ich muss wissen, wofür ich das mache und wo ich ansetze an mir (4).*

*Dass ich über alles aufgeklärt werde, was gemacht wird. Was? Warum? Ob das, was gemacht wird, Folgen haben kann. Wenn ja, sind diese Folgen wieder behebbar? (6)*

### **Freundlich gestaltete und gut ausgestattete Räumlichkeiten**

*Ein Zweibettzimmer wäre schon schön, je nach Größe halt, wenn das Zimmer größer ist, kann man auch mit drei Personen auf dem Zimmer liegen (2), ich hätte es gern, wenn es schön aussieht (4). Ich persönlich fände es auch schön, wenn z. B. mal andere Bettwäsche eingeführt würde, es muss ja nicht alles so weiß sein (6). (...) die Umgebung, sagen wir mal, Zimmer, Raum, Räumlichkeiten, Sauberkeit (...) also das Zimmer sollte schon stimmen, das Ambiente halt eben (...) dass es halt eben sauber ist, bisschen - nicht so kahl eingerichtet, ein paar Bilder an die Wänden (7).*

*Wenn (...) sehr viel Besuch bekommt ist es vielleicht gegenüber den anderen Patienten vielleicht ganz gut wenn man raus geht (2), (...) also das fände ich sehr wichtig. Vor allen Dingen die Patienten, die vielleicht keine Angehörigen haben, oder die von weiter herkommen, dass die auch Ansprechpartner haben, denn in diesen [Aufenthalts-] Räumen da findet man das. (...) Irgendwie kommt ein Gespräch zustande und für viele ist dann, ja man kann bald sagen, so ein Halt, man denkt, so, jetzt gehst du da hin, da hast*

*du jemanden, du kannst dein Herz ausschütten und mit anderen darüber sprechen, das finde ich sehr wichtig (6).*

### **Serviceangebot: Cafeteria, Telefon, Fernseher, Kiosk, Krankenhauskapelle, Bibliothek**

*Wichtig ist für mich Telefon. Ja, und wenn ich kann, dann fahren wir auch in die Cafeteria, die ist ja ganz schön. Das nehme ich auch in Anspruch (5). So Sachen sind schon wichtig. Also, wie 'ne kleine Kirche, wo man hin gehen kann, oder halt 'ne Bücherei, oder halt auch die Cafeteria. Genutzt habe ich die Cafeteria. Aber sonst nicht - wenn man länger hier ist, denke ich, nutzt man die Sachen alle eher. (...) Den Kiosk unten habe ich noch nicht benutzt, aber – ist auch 'ne gute Sache – braucht man glaub' ich auch, weil man doch irgendwelche Sachen doch immer vergisst (9).*

### **Weitere Betreuung durch das KH- Personal**

*Ich habe meinen Mann, der versorgt mich ja wunderbar. (...) wenn er nicht mehr könnte, da wäre man ja froh, wenn jemand käme (...) eine die ich kenne (5). Dass man evt. da noch mal Ansprechpartner hat wo man evtl. noch mal anrufen könnte, falls zu Hause irgendwas ist, weil der Hausarzt ja doch ganz andere ... oder 'ne ganz andere Diagnose stellen kann, dass man evtl. auf das Krankenhaus nochmals zurückgreifen kann. Dass man aber selber anrufen kann, oder vorbei kommen kann. (...) Weil dann doch die ganzen Unterlagen hier sind und man doch hier die ganze Zeit betreut wurde - und es dann besser ist, als wenn man dann zu Hause die ganzen Sachen erzählen muss (9).*

### **Zusammenfassung**

Aus den Patienteninterviews lässt sich schließen, dass Patienten, wenn sie sich im Krankenhaus behandeln und pflegen lassen, unausgesprochene Erwartungen an Strukturen, Systeme, Prozesse und die Kultur im Krankenhaus haben. Es werden Erwartungen deutlich, die, wenn sie erfüllt werden, als Patientenorientierung bewertet werden können. Besonders wichtig scheint für die interviewten Patienten der zwischenmenschliche, kommunikative und interaktive Kontakt zu sein. Patienten wollen ernst genommen und – wenn erforderlich – unterstützt werden; sie wollen keine langen Wartezeiten; sie wollen individuell informiert, beraten und so behandelt werden, dass sie sich auf das Personal verlassen und ihm vertrauen können; sie wollen einen Ansprechpartner haben. Die Räumlichkeiten sollen freundlich gestaltet und gut ausgestattet sein.

Damit wurde deutlich, dass es bei Umstrukturierungsmaßnahmen und in der Praxis pflegerischer, diagnostischer und medizinischer Maßnahmen sowie beim Angebot von Serviceleistungen nicht so sehr um Zertifikate und Bescheinigungen geht. Vielmehr kommt es darauf an, dass Patienten als reale und potentielle Kunden des Krankenhauses verbesserte Leistungen erhalten und deren Qualität wahrnehmen (vgl. Hildebrand 1999, S. VIII)<sup>28</sup>. Die von ihnen erwarteten Ergebnisse müssen für sie erkennbar und nachvollziehbar sein.

Die Interviews konnten nur eine vage Auskunft über den Grad an Patientenorientierung geben. Deshalb wurde in einer zweiten Stufe eine quantitative Befragung durchgeführt um bei einer größeren Stichprobe die Erfahrungen von Befragten zu erheben.

### 3.4 Quantitative Studie/Die Befragung

Zur Erfassung von quantitativen Daten in der zweiten Stufe der Studie wurde nach einem geeigneten Instrument gesucht. In der Literatur war eine kaum zu überschauende Anzahl von Instrumenten, besonders aus dem angelsächsischen Sprachraum zu finden. Sie zielten überwiegend auf die Ermittlung von Patientenzufriedenheit oder sind im Zuge von Qualitätssicherungsmaßnahmen entwickelt worden. Da eine Analyse der Befragungsinstrumente nicht das Anliegen der vorliegenden Studie war, sei an dieser Stelle lediglich auf eine Untersuchung von Sitzia und Wood (1998, S 311ff)<sup>29</sup> verwiesen, die 210 veröffentlichte Studien zur Patientenzufriedenheit einem Vergleich unterzogen haben.

Inhaltlich geeignet erschien das Instrument von Delbanco<sup>30</sup>. Insgesamt wurden 1989 in den USA mit dem von Delbanco und seiner Forschergruppe entwickelten Fragebogen in der sog. „Patient Centered Care Studie“ mehr als 6000 Patienten und 2000 Angehörige per Telefoninterview nach ihren Erfahrungen (rückblickend) befragt. In Folgestudien in Kanada und England wurden je 5000 Patienten befragt (vgl. Straub/Arnold/Selbmann 1998, S. 17)<sup>31</sup>. Ziel der Studien waren valide Aussagen von Patienten über deren Erfahrungen im Krankenhaus, ein Vergleich der Ergebnisse aus anderen Ländern und die Eröffnung von Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung.

Im Jahr 1993 wurden die amerikanischen Vorarbeiten erstmals für die deutsche Studie „Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus“ genutzt (und von der Robert-Bosch-Stiftung gefördert), nachdem der Fragebogen ins Deutsche übersetzt und an deutsche Verhältnisse angepasst worden war (Straub/Arnold/Selbmann, ebenda, S. 18). Die Studie war mit professioneller Unterstützung des Institutes für Demoskopie/Allensbach durchgeführt worden. Mit dem Instrument sollten Patienten in das interne Qualitätsmanagement einbezogen werden. Seither wird es in modifizierter Form in deutschen Kliniken als Befragungsinstrument eingesetzt. Interessant sind die Ergebnisse, bei denen erstaunliche Parallelen zwischen Untersuchungen in USA, Kanada und Deutschland festgestellt wurden: In allen drei Ländern zeigten sich neben einer „Liste von Ähnlichkeiten“ beispielsweise Informationsdefizite über den Tagesablauf in Kliniken sowie ein Mangel an Hilfe durch das Krankenhauspersonal bei ernsthaften Problemen der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt. Straub et al. (1998, S. 51)<sup>32</sup> schließen daraus: „Es scheint, als ob die Institution Krankenhaus trotz unterschiedlicher sozialer Sicherungssysteme und mutmaßlich anderen Erwartungen und Bedürfnissen die Patienten in allen Ländern mit ähnlichen Problemen konfrontiert.“

Trotz der gelungenen Adaption des Instrumentes von Delbanco auf die Bedingungen deutscher Krankenhäuser erwies es sich aber als ungeeignet für die vorliegende Studie. Denn es ist erstens nur mit großem Aufwand und nicht ohne einen Forschungsapparat im Hintergrund anwendbar. Zweitens ist das Instrument dazu angelegt, Patienten per Telefoninterviews zu befragen. Auf der Basis der Erkenntnisse aus den Interviews und beeinflusst von den Inhalten aus dem Instrument von Straub et al. wurde für die vorliegende Studie **ein eigenes Instrument entwickelt**.<sup>33</sup>

Ziel war es, das neue Instrument so einfach und anwenderfreundlich wie möglich zu gestalten – damit es für eine breite Anwendergruppe praktikabel und für hausinterne Untersuchungen, mit eigenen Mitteln und Personalressourcen, einsetzbar ist. Das Instrument sollte themenspezifische modulare Befragungen zulassen. Dabei sollte das Instrument jedoch deutlich über das Niveau einer Befragung zur Zufriedenheit mit dem Essensangebot oder der Raumausstattung hinausgehen, ohne die hohe Wertigkeit dieser Kriterien für die Patienten zu schmälern.

Ein solches Instrument schien besonders notwendig vor dem Hintergrund, dass bei sinkenden Ressourcen Krankenhäuser zukünftig wenig Mittel zur Verfügung haben, um aufwändige Untersuchungen von externen Forschungsgruppen zu finanzieren. Dennoch müssen sie, vor allem im Zuge der geforderten Qualitätssicherung und Patientenorientierung, Daten erheben und Patienten einbinden.

### 3.4.1 Konstruktion des Fragebogens

Der Fragebogen zur Erfassung der Ausprägung von **Indikatoren der Patientenorientierung im Krankenhaus (FIND – PO – KH)** wurde so aufgebaut (s. Anlage 2), dass er den Verlauf/Prozess eines Krankenhausaufenthaltes markiert.

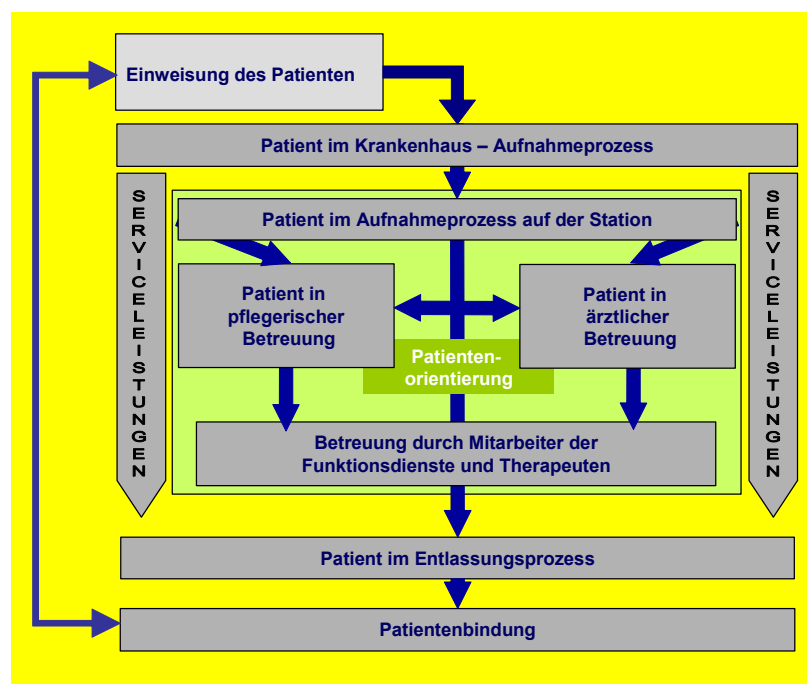


Abbildung 7: Prozessorientierter Aufbau und Ablauf der Befragung

Patienten hatten so eine gedankliche Leitlinie. Sie konnten ihren Krankenhausaufenthalt Revue passieren lassen und ihre Erfahrungen und Erlebnisse strukturieren. Die Einschätzung fiel allen befragten Patienten leicht. Ein Begleitschreiben sowie ein Beispiel für die Beantwortung der Fragen erläuterten zudem den Umgang mit dem Fragebogen. Das Instrument bietet eine Abfrage von **83 Einzelitems** in den Bereichen: Einweisung und Aufnahme (7), Räumlichkeiten (4), pflegerische Betreuung (24), ärztliche Betreuung (17), Betreuung durch Mitarbeiter der Funktionsabteilungen (8), Entlassung (4), Service (9), Gesamturteil (4) sowie zu sozio-biographischen Daten (6).

Innerhalb der Skalen des Fragebogens beziehen sich 75 Items auf **Einzelindikatoren für Patientenorientierung**. 2 Items fragen nach der Form der Einweisung und nach Formalitäten, 6 Items fragen nach sozio-biographischen Daten. Zu jeder Skala wurden Felder für freie Antwortmöglichkeiten angeboten. Entscheidend für die Inhalte und die Zusammenstellung des Fragebogens war neben den theoretischen Erkenntnissen aus der Literatur das vorgestellte, praxisbezogene Modellprojekt. Die hieraus in der vorliegenden Studie entwickelten und von den Interviewergebnissen gestützten Indikatoren (vgl. Kap 2.5) waren Grundlage für die nachfolgend dargestellten Skalen. Die Items wurden als geschlossene Statements formuliert.

### **Skala Einweisung und Aufnahme (Item 1.1 – 1.7)**

Befragt wurden die Patienten danach, von wem sie eingewiesen wurden, ob es Wartezeiten gab, wer die Formalitäten erledigte, ob sie bei deren Erledigung vom Personal unterstützt wurden, ob sie Unterstützung beim Finden von Räumlichkeiten bekamen und ob der Empfang freundlich war.

### **Skala Räumlichkeiten (Item 2.1 – 2.4)**

Es wurde abgefragt, ob die Ausschilderung übersichtlich und die Räume leicht zu finden waren, und ob die Räumlichkeiten den Bedürfnissen der Befragten entsprachen.

### **Skala Pflegerische Betreuung (Item 3.1 – 3.24)**

Mit dieser Skala wurden die Patienten danach befragt, ob sich das Personal für ihre Beschwerden, Lebensgewohnheiten, Erfahrungen, Erwartungen, für das Befinden interessierte, sie danach fragten und ob sie sich ernst genommen fühlten.

Die Patienten wurden gefragt, ob sie in Entscheidungen und Planungen eingebunden und Pflegemaßnahmen mit ihnen abgesprochen wurden, ob Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche – bezogen auf sie selbst und ihre Angehörigen – genommen wurde. Außerdem sollten Patienten in diesem Komplex einschätzen, ob das Personal Verständnis für Ängste und Sorgen zeigte, sich Zeit nahm und die Selbstständigkeit des Patienten förderte, ob auf das Wohlbefinden des Patienten geachtet wurde, für genügend Ruhe gesorgt und Maßnahmen überprüft wurden, Unterstützung angeboten und die Unabhängigkeit des Patienten gefördert wurde. Mit weiteren Items wurde nach re-

spektvollem Umgang, nach aufmunterndem Verhalten, Vertrauen und nach Verlässlichkeit gefragt.

### **Skala Ärztliche Betreuung (Item 4.1 – 4.17)**

Bei der Skala zur Ärztlichen Betreuung sollten Patienten einschätzen, ob sie sich durch die Ärzte ernst genommen fühlten, ob sie wussten, wer für sie zuständig war, ob sie verständlich aufgeklärt wurden über die Art und das Vorgehen bei der Untersuchung, ob ihnen die Angst davor genommen und respektvoll mit ihnen umgegangen wurde. Es wurde gefragt, ob sich Ärzte um Schmerzfreiheit bemühten, die Behandlung individuell abgestimmt war, die Intimsphäre gewahrt wurde, Vertrauen möglich war, Verständnis für Sorgen und Probleme des Patienten gezeigt und sie rechtzeitig über den Entlassungstermin informiert wurden.

### **Skala Betreuung durch Mitarbeiter der Funktionsabteilungen (Item 5.1 – 5.8)**

Hier wurden Patienten danach befragt, ob Mitarbeiter sich bemühten, ihnen die Angst vor Untersuchung und Behandlung zu nehmen. Gefragt wurde auch, ob ihnen das Vorgehen bei der Untersuchung erklärt, die Intimsphäre gewahrt und auf Schmerzfreiheit geachtet wurde, und ob Mitarbeiter respektvoll mit ihnen umgingen, sich Zeit nahmen und ob Wartezeiten vermieden wurden.

### **Skala Entlassung (Item 6.1 – 6.4)**

Die Fragen zur Entlassung waren gerichtet auf den Wunsch nach Abschlussgesprächen mit dem Ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst und dem Sozialdienst sowie danach, ob die Möglichkeit telefonischer Rücksprache/Beratung mit dem Krankenhauspersonal nach der Entlassung gewünscht waren.

### **Skala Service (Item 7.1 – 7.10)**

Im Bereich der Serviceangebote (im Fragebogen als „Zusatzangebote“ bezeichnet) wurde danach gefragt, wie gut die Angebote von Gottesdienst/Seelsorge, Angebot im Kiosk, Zugang zu Fernseher, Zugang zu Telefon, Angebot des Sozialdienstes und Nutzungsmöglichkeiten der Grünanlagen auf die Bedürfnisse der Befragte abgestimmt sind. Bei der Abfrage von hausspezifischen Serviceangeboten (s. Tabelle 2) unterschieden sich die Frageböden wie folgt:

**Tabelle 2: Abweichende Items bei den Service-Angeboten**

<b>KH I</b>	<b>KH II</b>
Zusätzliche Fitnessangebote	Gymnastikangebote
Service in der Cafeteria	Zusätzliche Beratungsangebote
Möglichkeiten zum Friseurbesuch	Hauskrankenpflegkurs



### **Skala Gesamturteil (Item 8.1 – 8.4)**

Beim Gesamturteil wurden nach der Betreuungsqualität von Ärzten, Pflegenden und Mitarbeitern der Funktionsabteilung gefragt. Die Bindung zum Krankenhaus wurde mit der Frage: „Würden sie (...) wiederkommen?“ erhoben.

### **Skala Sozio-biographische Daten (Item 9.1 – 9.7)**

Hier wurden Alter, Geschlecht, Religion, Versicherungsstatus, Angehörige und Berufsgruppenzugehörigkeit erfragt.

Der Fragebogen zur Erfassung der Ausprägung von Indikatoren der Patientenorientierung basiert auf einer **vierstufigen Likert-Skala** (vgl. Bortz/Döring 1995, S. 204)<sup>34</sup>. Zur Vermeidung einer „Ja-Sage-Tendenz“ (Akquieszenz) waren die Items als Statements so eindeutig wie möglich formuliert worden. Für die Antworten der Patienten wurde eine abgestufte Rating-Skala von „trifft voll zu“, „trifft zum Teil zu“, „trifft wenig zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ gewählt. Auf eine fünfstufige Skala, mit neutraler Kategorie, wurde verzichtet, um Verfälschungen durch eine übermäßig zentrale Antworttendenz zu vermeiden (Bortz/Döring, ebenda, S. 167).

## **3.4.2 Die Untersuchungsfelder**

Die Untersuchungsfelder sind vergleichbar in System, Struktur und Organisation. Die Beteiligung an der Studie sowie die Zusage zur Veröffentlichung der Ergebnisse wurden von den Krankenhausleitungen beider Untersuchungsfelder beschlossen.

### **3.4.2.1 Krankenhaus I**

Das Krankenhaus I (nachfolgend auch als **KH I** bezeichnet) ist ein Haus der Grund- und Regelversorgung in ländlicher Region von Rheinland-Pfalz und befindet sich seit 1990 in der Rechtsform der GmbH. Nach einer Neubewertung des Landeskrankenhausplans Rheinland-Pfalz erfolgte 1999 im Rahmen des bundesweiten Abbaus von über 100.000 Klinikbetten zunächst eine Bettenreduzierung von 302 auf 279 Betten und im Jahr 2000 auf 252 Betten.

Insgesamt verfügte das Krankenhaus zum Untersuchungszeitpunkt (16.04.-20.06.2000) über 252 Planbetten, verteilt auf die Fachabteilungen Innere Medizin (100 Betten), Chirurgie (75 Betten), Gynäkologie (36 Betten), Hals-Nasen-Ohren (6 Betten), Urologie (23 Betten) und interdisziplinäre Intensivmedizin (9 Betten). Das Haus beschäftigte zur selben Zeit ca. 535 Mitarbeiter, davon 157 Mitarbeiter im Pflegedienst.

### **Rahmendaten des KH I**

Um bei der Analyse und Bewertung der Befragungsergebnisse Bezug auf die Untersuchungsfelder nehmen zu können, sollen hier spezifische Kennzahlen genannt werden.

**Tabelle 3: Entwicklung der Patientenzahlen im KH I**

<b>KH II Jahr</b>	<b>Fallzahlen gesamt</b>	<b>Pflegetage gesamt</b>	<b>Verweildauer gesamt</b>	<b>Auslastung in % gesamt</b>
1990	7726	96.751	12,1	84,8
1995	8373	76.110	9,1	68,8
1999	8651	69.795	8,1	65,6
2000	7994	61.536	7,7	61,2
2003	8811	61.118	6,9	66,5

Aus Tabelle 3 geht die Entwicklung der Patientenzahlen (Fallzahlen), der Pflegetage, der Verweildauer der Patienten sowie der Auslastung des Krankenhauses hervor. Hier zeigt sich ein Trend, der von den Gesetzgebern vorgeschrieben wird: Die Patientenzahlen stiegen im Jahr 1993 mit wachsender Tendenz deutlich an und erreichten im Jahr 1999 (trotz Bettenabbau) ihren Höchststand. Gleichzeitig fiel die Verweildauer von 12,1 Tagen im Jahr 1990 auf 7,4 Tage im Untersuchungszeitraum.

Die Auslastung des Krankenhauses sank seit 1991 kontinuierlich und erreichte ihren Tiefpunkt im Jahr 2000 mit 61,2%.

**Tabelle 4: Krankenhäuser im Umfeld des KH I**

<b>Krankenhäuser in:</b>	<b>Bettenzahl:</b>	<b>Entfernung:</b>
Adenau	150 Betten	30 km
Andernach	279 Betten	22 km
Bad Neuenahr	361 Betten	38 km
Cochem	140 Betten	30 km
Daun	262 Betten	40 km
Koblenz	602 Betten	37 km
Koblenz	302 Betten	37 km
Koblenz	434 Betten	37 km
Koblenz	235 Betten	37 km
Neuwied	494 Betten	28 km
Neuwied	361 Betten	28 km

Eine mögliche Ursache für die rückläufige Auslastung könnte die räumliche Nähe zu 11 Krankenhäusern von unterschiedlicher Größe sein (vgl. Tabelle 4), die sich im Umkreis 40 km zum **KH I** befinden.

## Innovationen im Krankenhaus I

Die Verantwortlichen im Krankenhaus I hatten schon früh begonnen, das Krankenhaus-Management zu modernisieren, neue Märkte zu erschließen und die Chance für neue Wege der Kundenbindung (z. B. durch niedergelassene Ärzte) zu nutzen. Innerhalb des Krankenhauses wurden u. a. neue Behandlungsformen eingeführt, und im Haus wurde ein Klima für Mitarbeiter, Patienten, Angehörige und Gäste geschaffen, das den Prinzipien von gesundheitsfördernden Unternehmen entspricht. Zu den wichtigsten der zahlreichen Innovationen des Unternehmens gehören:

- Der frühe Einstieg in die Rechtsform der GmbH (1990), als erstes Krankenhaus in Rheinland-Pfalz
- Modellprojekt "Verbesserung der Arbeitssituation im Pflegedienst" auf Landesebene (1992-1993) und Bundesebene (1993 – 1996; vgl. Kap. 2.2)
- Projekte zur Sicherung der Pflegequalität – Dekubitus – Modellprojekt (1995)
- Einstieg in die Qualitätssicherung (1997)
- Implementation einer Stelle für Personalentwicklung und Öffentlichkeitsarbeit (1997)
- Image-Analyse bei niedergelassenen Ärzten und Bürgern (1997)
- OP-Gutachten zur (Re-) Organisation der interdisziplinären Abläufe und Qualitätssicherung (1997)
- Fort- und Weiterbildungsprogramme, die sich auf die Aufgaben und Ziele der Mitarbeiter und der Organisation beziehen (systematisch seit 1994)
- Gesundheitsförderungsprogramme (z. B. Rückenschule, Stressbewältigung) für Mitarbeiter
- Erstellung und Implementierung eines Pflegeleitbildes, eines Pflegekonzeptes sowie eines Unternehmensleitbildes für das Gesamtunternehmen (1998 – 1999)
- Einstieg in die Qualitätsentwicklung mit dem Ziel der Zertifizierung (1999)
- Anbindung und Ausbau von 2 Ärztehäusern an das Krankenhaus mit insgesamt 14 niedergelassenen Ärzten mit dem Ziel der engeren Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung sowie der besseren Kooperation.

Zudem wurde das Krankenhaus mit dem dieser Studie zugrunde liegende Modellprojekt in Fachkreisen überregional bekannt.

### 3.4.2.2 Krankenhaus II

Bei dem Vergleichskrankenhaus (nachfolgend als **KH II** bezeichnet) handelt es sich ebenfalls um ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit 220 Betten und zusätzlichen 32 Betten für Geriatrische Rehabilitation. Es liegt, wie **KH I**, in ländlicher Region. Das **KH II**, in der Trägerschaft der Krankenhaus GmbH des Landkreises, verfügt über die **Fachdisziplinen**: Medizinische Klinik (99 Betten), Chirurgische Klinik (67 Betten), HNO- Beleg-Abteilung (5 Betten integriert in die Chirurgische Klinik), Gynäkologische Klinik (40 Betten), interdisziplinäre Intensivstation (9 Betten) und Rehabilitati-

ons-Abteilung (32 Betten). Insgesamt beschäftigt das Krankenhaus 536 Mitarbeiter; davon 147 Mitarbeiter im Pflegedienst.

Mit einem Neubau im Jahr 1960 wurde das Krankenhaus seiner Bestimmung übergeben und 1968 erweitert. In den Jahren 1978 bis 1994 folgten die Umbauten von Dialyse (1972), OP/Sterilisation (1978), Apotheke (1987), CT (1994) und die Einheit der Geriatrischen Rehabilitation (1996). Seit 1995 laufen Generalsanierungen des Krankenhauses in vier Bauabschnitten.

### Rahmendaten des KH II

Wie im **KH I** war in den letzten zehn Jahren vor der Untersuchung eine deutlich niedrigere durchschnittliche Auslastung des **KH II** zu verzeichnen (s. Tabelle 5).

Ein Vergleich der Auslastungszahlen (s. Tabelle 3 und Tabelle 5) zeigt, dass die Auslastung des **KH II** insgesamt deutlich über der im **KH I** liegt. Waren 1990 noch 90,2% der Betten belegt, so zeigt die Auslastung des **KH II** im Jahre 2000 nur noch 73,6%.

**Tabelle 5: Entwicklung/Patientenzahlen im KH II**

<b>KH II Jahr</b>	<b>Fallzahlen gesamt</b>	<b>Pflegetage gesamt</b>	<b>Verweildauer gesamt</b>	<b>Auslastung in % gesamt</b>
<b>1990</b>	8.010	88.854	11,1	90,2
<b>1995</b>	8.486	67.559	8,0	66,1
<b>1999</b>	9.258	59.626	6,4	72,9
<b>2000</b>	9.167	59.254	6,5	73,6
<b>2003</b>	9.325	64.333	6,2	74,8

Die verhältnismäßig hohe Zahl der Konkurrenzkrankenhäuser zum Krankenhaus I könnte eine Ursache für diesen Unterschied sein. Eine weitere Erklärung könnte die Rehabilitationseinrichtung am **KH II** geben, mit der zusätzlich Patienten über einen längeren Zeitraum an das Haus gebunden werden können.

**Tabelle 6: Krankenhäuser im Umfeld des KH II**

<b>Krankenhäuser in:</b>	<b>Bettenzahl:</b>	<b>Entfernung:</b>
Aschaffenburg	668 Betten	25 km
Groß-Umstadt	298 Betten	30 km
Marktheidenfeld	163 Betten	35 km
Wertheim	220 Betten	35 km

Wie Tabelle 6 zeigt, befinden sich vier weitere Krankenhäuser unterschiedlicher Größe im Umkreis von 40 km zum **KH II**.

## Innovationen im KH II

Vor aber auch während der Untersuchung liefen Innovationsprojekte im **KH II**. Hervorzuheben sind die Projekte zur „Qualitätsentwicklung“ mit angestrebter Zertifizierung, „Pflegeentwicklung“ mit diversen Kleinprojekten, „Kultur und Krankenhaus“ für Mitarbeiter und Patienten inklusive Angehörige und Besucher sowie „Pflegekurse“ für pflegende Angehörige. Begleitet bzw. initiiert wurden die Projekte u. a. durch das hausinterne Institut für Fort- und Weiterbildung. Als konkretes laufendes Projekt stand die Umwandlung der zentralen in eine dezentrale Bettenaufbereitung an.

### 3.4.3 Zeitraum und Zeitpunkt der Untersuchungen

Die Patientenbefragung im **KH I** wurde vom 16.04. – 20.06.2000 durchgeführt. Dieser **Zeitraum** wurde aus drei Gründen gewählt: *Erstens* handelt es sich um einen Zeitraum vor der Urlaubszeit. Erfahrungsgemäß ist eine durch Urlaubs- und Ferienzeiten eintretende Reduktion der Belegungszahl zu erwarten. *Zweitens* konnte jeweils eine Praktikantin der Pflegedirektion und des Sozialdienstes für Organisation und Koordination der Befragung gewonnen werden, so dass insgesamt drei feste Ansprechpartnerinnen für Patienten und Personal zur Verfügung standen. *Drittens* war im Vorjahr im Rahmen der Personalentwicklung eine umfassende Führungskräfte- und Mitarbeiterschulung durchgeführt worden. Um die unmittelbare Beeinflussung der Befragungsergebnisse zu vermeiden, wurde darauf geachtet, dass das hierbei angebotene Programm „Der Patient als Kunde“ hinreichend lange zurück lag.

Ein vergleichbares Vorgehen wurde für die Befragung vom 16.03. – 31.05.2000 im **KH II** gewählt. Auch hier handelte es sich um einen Zeitraum, bei dem die Haupturlaubszeit noch nicht eingesetzt hatte. Auch hier konnte die „Projektleiterin Qualitätsmanagement“ des Hauses für die Durchführung der Befragung gewonnen werden.

Der **Zeitpunkt der Befragung** wurde aus folgenden Gründen während des Krankenhausaufenthaltes gewählt (vgl. Satzinger 1998, S. 105ff)<sup>35</sup>:

1. Eine Befragung der Patienten während des Krankenhausaufenthaltes bietet die Möglichkeit, sie besser zu steuern, indem die Patienten direkt ausgewählt und angesprochen werden können.
2. Die Erinnerung der Patienten an Ereignisse, Gegebenheiten und Erlebnisse sind präsent und nicht überlagert von etwa weiteren Aufenthalten in anderen Pflegeeinrichtungen oder Eindrücken in häuslicher Umgebung (vgl. Struppe & Satzinger 2001, S. 286)<sup>36</sup>.
3. Fragen seitens der Befragten können direkt vor Ort geklärt werden.
4. Zusätzlicher administrativer Aufwand (Auswahl der Patienten aus Patientendatenbanken, Vorbereitung zum Versand der Fragebogen und ggf. zusätzliche Erinnerungsschreiben), zusätzliche Kosten (Portokosten zum Versenden des Fragebogens mit frankiertem Rückumschlag) sowie Zeitressourcen können eingespart werden (vgl. Satzinger & Raspe 2001, S. 49)<sup>37</sup>.
5. Die Rücklaufquote kann optimiert werden.

### 3.4.4 Stichprobenauswahl

Der Fragebogen wurde in einem Pretest im **KH I** erprobt und leicht modifiziert. Danach wurde er bei den beiden Untersuchungen an alle Patienten verteilt die älter als 16 Jahre waren, sich mindestens 24 Stunden im Hause befanden (Mitternachtsstatistik), den Bogen freiwillig und selbstständig ausfüllen konnten und am folgenden Tag entlassen werden sollten. Durch die Vorgaben wurde eine Auswahl der Patienten getroffen, die zur Teilnahme in Frage kamen. Die Auswahl der Stichprobe sollte möglichst repräsentativ sein und Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zulassen (Atteslander 2000, S. 290f)<sup>38</sup>.

An dieser Stelle sei auf eine notwendige Eingrenzung der Studie verwiesen: Befragt wurden Patienten, die zwar in ihrer Gesundheit so eingeschränkt waren, dass ein Krankenhausaufenthalt notwendig wurde, gleichzeitig aber in der Lage waren, für sich zu sprechen, Leistungen, Wahrnehmungen und Erfahrungen zu benennen, zu beurteilen und Eindrücke mitzuteilen. Offen bleibt, wie diese Patienten Pflege und Medizin bzw. Leistungen von Mitarbeitern und Strukturen im Krankenhaus wahrnehmen, einschätzen und bewerten. Dies konnte und sollte diese Studie allerdings nicht leisten. Um schwerstkranke und in ihrer Mitteilungsfähigkeit eingeschränkte Patienten „zu Wort“ kommen zu lassen, müssen spezielle Methoden und Instrumente angewendet werden.

### 3.4.5 Ablauf der Befragungen

Den Patienten wurden die Fragebogen in beiden Untersuchungsfeldern mit einem verschließbaren Kuvert ausgehändigt, um eine anonyme Rückgabe zu gewährleisten. Gleichzeitig war ihnen der Grund für die Befragung persönlich mitgeteilt worden, und in einem Begleitschreiben zum Fragebogen erhielten sie zusätzliche Informationen über Ziel, Zweck und Anonymität sowie über die verantwortlichen Personen.

Mit den Patienten wurde ein Rückgabezeitpunkt vereinbart, und um ihnen die Rückgabe des Bogens zu erleichtern (vgl. Atteslander 2000, S. 148), wurde er von denselben Personen abgeholt. Auf Wunsch konnten die Patienten den verschlossenen Umschlag allerdings auch an Pflegenden der Station zur Weiterleitung aushändigen; dieses Angebot nutzte etwa die Hälfte aller Befragten. Alle Befragten hatten den Umschlag verschlossen. So konnte jeder Patient sicher sein, dass die Anonymität seiner Antworten gewahrt wurde, was insgesamt sehr positiv aufgenommen wurde.

### 3.4.6 Datenauswertung

#### Auswertungsmethoden

Alle Fragebogen wurden anhand einer Codierliste und der zugeordneten Code-Nummer nach Reihenfolge des Eingangs in eine Datenbank eingegeben und auf Vollständigkeit und Gültigkeit überprüft. Die von den Patienten in den Feldern für freie Antwortmöglichkeiten gegebenen Zusatzinformationen wurden in einem gesonderten Dokument aufge-

zeichnet<sup>39</sup>. Bei einer Plausibilitätsprüfung wurde die inhaltliche Richtigkeit der Patientenmerkmale geprüft. Die Daten wurden anschließend mit dem „Statistical Package for Social Science“ (SPSS) verarbeitet.

Mit Verfahren der klassischen Testtheorie wurde der entwickelte Fragebogen in wissenschaftlich-formaler Hinsicht geprüft. Dabei sollte die Frage beantwortet werden, inwieweit er den erforderlichen Standards psychometrischer Test entspricht und dem Anspruch gerecht wird, eine regelmäßig wiederkehrende und modular aufgebaute Befragungen zu ermöglichen.

Um sicher zu stellen, dass das Instrument und damit die Messungen verlässlich sind, „also ob bei gleichem Analysematerial und gleichen Categoriesystemen die Ergebnisse gleich sind“ (Atteslander 2000, S. 214) wurde die interne Konsistenz (vgl. Bortz & Döring 1995, S. 184)<sup>40</sup> der Skalen durch die Berechnung des Alpha-Koeffizienten nach Cronbach bestimmt.

Die Analyse war demnach gerichtet auf:

- Analyse der Reliabilität nach Cronbachs Alpha
- Deskriptive Beschreibung der Ergebnisse
- Überprüfung der gefundenen Unterschiede bei Mittelwerten auf statistische Signifikanz.

### **3.5 Ergebnisse der quantitativen Studie**

Zunächst wurden sozio-biographische Daten der Befragten beschrieben. Danach wurden die Einschätzungsergebnisse in Kategorien der Dimensionen „Patientenorientierte Leistungen und Interaktionen“, nach denen auch die Indikatoren in Kap. 2.5, S. 33 ff strukturiert worden waren, in Anlehnung an Bruhn (s. Kap. 2.2) geordnet. Dieses Vorgehen erschien sinnvoll, um die Ergebnisse thematisch auszuwerten, Bezüge herzustellen, Verbesserungsbedarf gezielt anzuzeigen und auf spezifische Maßnahmen hinweisen zu können. So konnte beispielsweise einfacher geprüft werden, ob Kommunikationsdefizite nur speziell bei einer Berufsgruppe auftreten, oder in allen Bereichen der Organisation, mit denen der Patient während seines Krankenhausaufenthaltes Kontakt hatte.

#### **3.5.1 Beschreibung der Stichproben**

In den beiden Untersuchungsfeldern zusammen wurden 364 Patienten befragt.

##### **Krankenhaus I**

Im Untersuchungszeitraum nahmen insgesamt 197 (100%) Patienten aus allen Fachabteilungen an der Befragung teil. 158 Bogen kamen vollständig ausgefüllt zurück und konnten in die Befragung aufgenommen werden, so dass eine Rücklaufquote von 80,2% erreicht wurde.

## Krankenhaus II

Insgesamt 248 (100%) Patienten aus allen Hauptfachabteilungen beteiligten sich im Untersuchungszeitraum an der Befragung. Insgesamt 206 Patienten gaben den Fragebogen vollständig ausgefüllt zurück. Damit konnte eine Rücklaufquote von 83,1% erreicht werden.

Die hohe Rücklaufquote in **beiden Untersuchungsfeldern** könnte auf eine hohe Identifikation der Patienten mit den Krankenhäusern zurückzuführen sein. Allerdings nahmen auch einige Patienten den Fragebogen erst gar nicht an. Interessanterweise hatten in beiden Häusern je 38 Patienten die Teilnahme abgelehnt und gaben hierfür nachfolgende Gründe an:

„Ich bin mit allem zufrieden, da brauche ich keine Einzelfragen zu beantworten.“ „Ich fühle mich zu schwach und schlecht.“ „Ich habe andere Probleme.“ „Was ändert sich schon dadurch?“ „Zu viele Fragen“; „(...)keine Lust“; „Ich habe keine Zeit.“ „Das dauert mir zu lang.“ „Ich kann nicht selbst schreiben.“ „Ich möchte nicht und will das auch nicht begründen.“ „Wer weiß, was mit den Antworten passiert.“ „Ich fühle mich heute nicht gut.“ „Ich gehe morgen doch sowieso nach Hause, dann betrifft mich das ja nicht mehr.“

Interessant war auch, dass in beiden Untersuchungsfeldern einige dieser Männer und Frauen zwar nicht bereit waren den Bogen auszufüllen, die Gelegenheit aber nutzten, ein ausführliches Gespräch mit den Ansprechpartnerinnen zu führen, in denen sie Lob und Kritik äußerten. Da sie ausdrücklich wünschten, das Gespräch vertraulich zu behandeln, wurden Inhalte weder aufgezeichnet noch verwertet.

Als besonderes Merkmal dieser Untersuchung ist hervorzuheben, dass Patienten bei der Rückgabe berichteten, Freude an der Beantwortung des Fragebogens gehabt zu haben, weil sie den Eindruck hatten, dass ihre Meinung wirklich wichtig sei und sie an der Entwicklung im Krankenhaus beteiligt werden.

### 3.5.1.1 Verteilung der befragten Patienten

Aus Tabelle 7 geht die Verteilung der befragten Patienten in beiden Häusern hervor. Insgesamt kann von einer gleichmäßigen Verteilung bezogen auf die Fachabteilungen gesprochen werden. Die Befragung der Patienten aus der „Reha-Abteilung“ des **KH II** war auf Wunsch der Verantwortlichen dieses Hauses durchgeführt worden und dient dort dem hausinternen Qualitätsmanagement. Sie wurden in der Ergebnisbewertung der vorliegenden Studie nicht aufgenommen.

**Tabelle 7: Befragte Patienten beider Krankenhäuser**

KH I		Befragte	KH II		Befragte
Häufigkeiten	Prozent	Betten je Abteilung	Häufigkeiten	Prozent	Betten je Abteilung (incl. 9 Intensivbetten)
59	37,3	100 Betten Innere	78	37,9	103 Betten Innere
26	16,5	36 Betten Gynäkologie	37	18,0	46 Betten Gynäkologie
52	32,3	75 Betten Chirurgie	91	44,1	71 Betten Chirurgie/HNO
1	0,6	12 Betten Intensivstation	(32)		(32) Betten Reha-Abteilung)
21	13,3	29 Betten Urologie/HNO			HNO s. Chirurgie
<b>n=158</b>	<b>100%</b>	<b>252 gesamt</b>	<b>n= 206</b>	<b>100%</b>	<b>252 gesamt</b>



### 3.5.1.2 Sozio-biographische Daten der Befragten

Die Skala zur Person umfasst insgesamt sechs Bereiche: Alter, Geschlecht, Religion, Krankenversicherung, Berufsgruppe sowie die Frage nach Angehörigen.

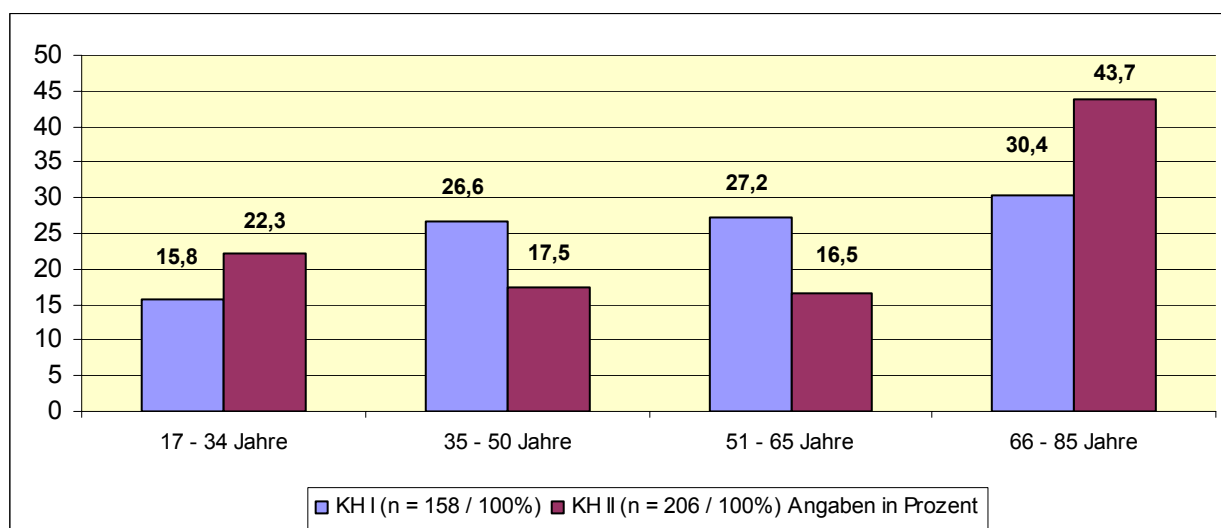
**Tabelle 8: Geschlecht der Befragten**

Geschlecht		KH I		KH II	
Häufigkeitstabelle für Item 9.3		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gültig	weiblich	84	53,2	140	68,0
	männlich	74	46,8	66	32,0
	Gesamt	158	100,0	206	100,0

Tabelle 8 zeigt die Verteilung auf Männer und Frauen. Dabei fällt auf, dass sich die Beteiligung von Männern und Frauen im KH I fast die Waage hält und im Vergleichskrankenhaus der Anteil der Frauen mehr als zwei Drittel betrug.

### Alter der Befragten

Das Alter der Befragten wurde in vier verschiedene Altersgruppen eingeteilt (s. Abb. 8).



**Abbildung 8: Altersgruppen der Befragten**

Es fällt auf, dass die Verteilung auf die Altersgruppen im **KH I** gleichmäßiger ist als im **KH II**: Der höchste Anteil der Befragten (43,7% **KH II**) gehört der Altersgruppe der 66 – 85-jährigen an.

### Verweildauer der Befragten

Die **Verweildauer** der Patienten im **KH I** lag zwischen 1 und 60 Tagen. Sie differenzierte sich in absteigender Häufigkeit wie folgt: Der größte Teil der Patienten verbrachte 6 Tage (13,3%, n= 21), 5 Tage (11,4%, n= 18), 4 Tage (10,8%, n= 17), 7 Tage (8,9%, n=14), 8 Tage (8,2%, n=13), 9 Tage (7,0%, n= 11), 10 Tage (6,3%, n=10). Alle anderen Patienten blieben weniger als 4 Tage oder mehr als im **KH I**.

Im **KH II** lag die **Verweildauer** der Patienten zwischen 1 und 52 Tagen. Der größte Teil der Patienten verbrachte 3 Tage (7,3%, n= 15 im **KH II**). Die übrigen Befragten blieben 4 und 5 Tage (jeweils 14,1%, n= 29), 6 Tage (11,2%, n= 23) und 7 Tage (8,7%, n= 18). In beiden Häusern lag die mittlere Verweildauer bei 6 Tagen.

### Religionszugehörigkeit der Befragten

Die Religionszugehörigkeit in beiden Häusern spiegelt die regionale Verteilung. Im **KH I** gehörten 87,3%, im **KH II** 88,3% der befragten Patienten der römisch-katholischen Konfession an.

### Versicherung der Befragten

Der etwas höhere Anteil der privat Versicherten (s. Tabelle 9) im **KH I** (13,7%) korrespondiert mit den Angaben zur Berufsgruppe. Der Anteil der Selbstständigen und Beamten lag hier ebenfalls höher als im **KH II** (s. Tabelle 10). Einer gesetzlichen Krankenversicherung gehörten im **KH II** 92,7% der Befragten an, nur 7,3% der Patienten waren Mitglied einer privaten Krankenversicherung.

**Tabelle 9: Krankenversicherung der Befragten**

Krankenversicherung		KH I		KH II	
Häufigkeitstabelle für Item 9.5		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
	gesetzlich	136	86,1	191	92,7
	privat	22	13,9	15	7,3
	Gesamt	158	100,0	206	100,0

### Berufe der Befragten

Wie Tabelle 10 zeigt, gaben etwa ein Drittel (32,2%) der Befragten im **KH I** und fast die Hälfte (49,5%) der Befragten im **KH II** an, Rentner/Rentnerin zu sein. Unter den Nichtrentnern dominierten die Angestellten (22,2% **KH I** und 19,4% **KH II**) und Hausfrauen/Hausmänner (18,4% **KH I** und 15,5% **KH II**).

**Tabelle 10: Beruf der Befragten**

Beruf		KH I		KH II	
Häufigkeitstabelle für Item 9.7		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
	Auszubildende	3	1,8	3	1,5
	Hausfrau/Hausmann	29	18,4	32	15,5
	Angestellte/Angestellter	35	22,2	40	19,4
	Arbeiterin/Arbeiter	15	9,5	19	9,2
	Beamtin/Beamter	14	8,9	3	1,5
	Selbstständige/Selbstständiger	11	7,0	4	1,9
	Rentnerin/Rentner	51	32,2	102	49,5
	Sonstige	0	0	3	1,5
	Gesamt	158	100,0	206	100,0

## Beschreibung der psychometrischen Daten

Bei der Auswertung wurde davon ausgegangen, dass es sich bei der Antwort „trifft voll zu“ um ein hohes Maß an Patientenorientierung handelt, das im Ergebnis gehalten und im Unternehmen gesichert werden sollte. Alle Zustimmungsergebnisse in den Bereichen „trifft zum Teil zu“, „trifft wenig zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ scheinen hingegen auf Defizite hinzuweisen und sollten genauer geprüft werden.

Zur Bestimmung der internen Konsistenz des Fragebogens, der durch seinen Aufbau den Krankenhausprozess weitgehend so widerspiegelt, wie ihn ein Patient in der Regel erlebt, wurde der Alpha-Koeffizient nach Cronbach berechnet. Eine hohe Trennschärfe konnte bei den Skalen „Pflegerische Betreuung“ (0,8) „Ärztliche Betreuung“ (0,7) „Zusatzangeboten im Krankenhaus“ (0,7) erreicht werden. Bei der Skala „Entlassung aus dem Krankenhaus“ „Untersuchungen und Behandlung“ waren die Werte weniger gut, konnten allerdings durch die Zuweisung der Items in neue Kategorien erheblich verbessert werden. Die Einzelitems des Fragebogens, die wie beschrieben Indikatoren für Patientenorientierung abbilden, wurden für die weitere Analyse in Anlehnung an das Modell von Bruhn in die Dimensionen „Patientenorientierte Leistungen und Interaktionen“ eingeteilt. Die hierunter neu zusammengestellten Kategorien wurden auf Reliabilität überprüft; sie sind in Tabelle 11 aufgeführt. Die Tabelle zeigt die Kategorien, die Kennziffer und die Gesamtzahl der zugeordneten Items. Die Kategorien „Pflege-/Behandlungsqualität“, „Kommunikationsqualität“ und „Interaktionsqualität“ weisen eine hohe interne Konsistenz von über 0,8 auf (vgl. letzte Spalte, Tabelle 11). Die übrigen beiden Kategorien zeigen mit mehr als 0,7 eine ausreichend hohe interne Konsistenz.

**Tabelle 11: Reliabilität der Dimension „Patientenorientierte Leistungen und Interaktionen“**

Kategorien	Anzahl der Items	Item- Nummer	Cronbachs Alpha
<b>Pflege-/Behandlungsqualität</b>	12	3.7 / 3.8 / 3.9 / 3.12 / 3.14 / 3.15 / 3.17 / 4.8 / 4.10 4.13 / 5.2 / 5.4	<b>,861</b>
<b>Informations-/Beratungsqualität</b>	12	4.1 / 4.3 / 4.4 / 4.5 / 4.6 / 4.9 / 4.17 5.3 / 5.5 / 6.1 / 6.3 6.4	<b>,746</b>
<b>Kommunikationsqualität</b>	9	3.1 / 3.2 / 3.3 / 3.4 / 3.5 / 3.11 / 3.10 / 3.19 / 4.7 4.14	<b>,862</b>
<b>Interaktionsqualität</b>	16	3.6 / 3.13 / 3.16 / 3.18 / 3.21 / 3.22 / 3.23 / 3.24 / 4.2 4.11 / 4.12 / 4.15 4.16 / 5.1 / 5.6 / 5.8	<b>,892</b>
<b>Service-/Dienstleistungsqualität</b>	16	1.5 / 1.6 / 1.7 / 2.1 / 2.2 / 2.3 / 2.4 / 3.20 / 5.7 6.2 / 7.1 / 7.2 / 7.4 / 7.5 / 7.6 / 7.7	<b>,753</b>

Bei allen nachfolgenden Tabellen, die „Vergleiche“ darstellen (Tabelle 15; Tabelle 27; Tabelle 33; Tabelle 34; Tabelle 35), sind die Anzahl der Antworten (N), die Mittelwerte (MW) und die Standardabweichung (sd) für beide Krankenhäuser dargestellt. Die vorletzte Spalte weist die Ergebnisse des t-Tests (t) für unabhängige Stichproben aus. Die letzte Spalte zeigt, ob sich statistisch signifikante (Sig.) Unterschiede in den beiden Häusern zeigen. Die Mittelwerte wurden aus den von 1 bis 4 bewerteten Skalen errechnet: die Antwort „trifft voll zu“ wurde mit 1, die Antwort „trifft überhaupt nicht zu“ mit 4 bewertet.

Tabelle 12: Vergleich der Einrichtungen

Kategorien	KH I			KH II			Test für unabhängige Stichproben	
	N	MW	sd	N	MW	sd	t	Sig. (2-seitig)
Pflege-/Behandlungsqualität	134	1,35	0,44	193	1,36	0,38	0,3	,754
Informations-/Beratungsqualität	124	1,38	0,31	189	1,55	0,32	4,6	,001
Kommunikationsqualität	127	1,66	0,61	190	1,74	0,57	1,1	,262
Interaktionsqualität	131	1,30	0,37	196	1,26	0,33	1,1	,276
Service-/Dienstleistungsqualität	111	1,25	0,26	139	1,59	0,38	8,4	,001

Beim Vergleich der Ergebnisse der beiden Untersuchungsfelder zeigt der Gesamt-Test in Tabelle 12 statistisch signifikante Unterschiede bei den Kategorien Informations-/Beratungsqualität (**KH I** 1,38 und **KH II** 1,55) und Service-/Dienstleistungsqualität (**KH I** 1,25 und **KH II** 1,59). Das **KH I** weist in diesen Bereichen deutlich niedrigere Mittelwerte und damit bessere Ergebnisse auf als das **KH II**. Diese werden in den nachfolgenden Ergebnispräsentationen im Einzelnen untersucht und vorgestellt.

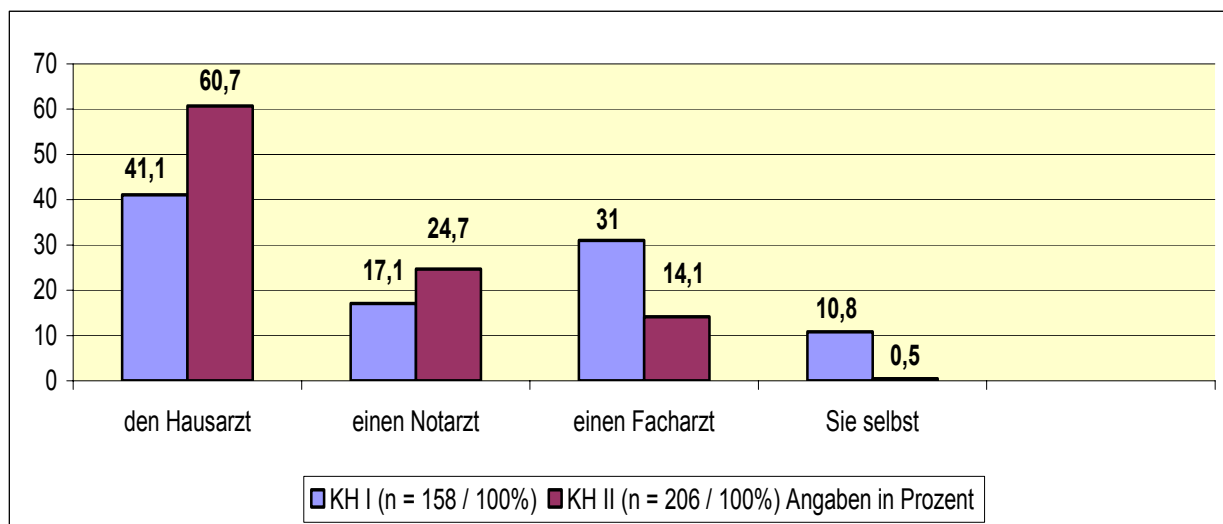
### 3.5.2 Ergebnisse zu Einweisung, Aufnahme und Räumlichkeiten

Nachfolgende Ergebnisse zeigen, wie Patienten die Ausstattung von Räumlichkeiten, die Beschilderung und den Umgang von Mitarbeitern mit ihnen bewerten. Außerdem zeigen sie die Einschätzung der Patienten in Bezug auf Betreuung, Information, Aufklärung sowie Beratung und Unterstützung bei Untersuchungen/Behandlungen durch das Pflegepersonal, die Ärzte und Mitarbeiter der Funktionsdienste. Die Bewertung von Zusatzangeboten und eine Gesamtbeurteilung des Krankenhausaufenthaltes vervollständigen die Ergebnisdarstellung.

Der Bereich „Einweisung und Aufnahme“ umfasst 7 Fragen zur Einweisung, Aufnahme, Wartezeit an der Rezeption und der Station sowie zur Art des Empfangs und zur Hilfestellung bei der Aufnahme.

#### Einweisung

Im **KH I** (s. Abbildung 9) kamen mehr als 10% der Patienten ohne Einweisung zur Behandlung, über 40% wurden vom Hausarzt und fast ein Drittel (31%) wurden von einem Facharzt eingewiesen.



**Abbildung 9: Durch wen wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen?**

Im Vergleich dazu suchten 0,5% der Patienten das **KH II** von sich aus auf; der größte Anteil der Patienten (60,7%) wurde vom Hausarzt eingewiesen. Fast ein Viertel (24,7%) kam durch den Notarzt und 14,1% durch einen Facharzt zur Aufnahme.

### Wartezeiten bei der Aufnahme

Die Frage, ob der Patient bei der Aufnahme an der Rezeption lange warten musste, beantworteten 94,3% der Befragten im **KH I** mit „nein“ und 5,7% mit „ja“. Auf der Station mussten 3,8% der Patienten lange warten.

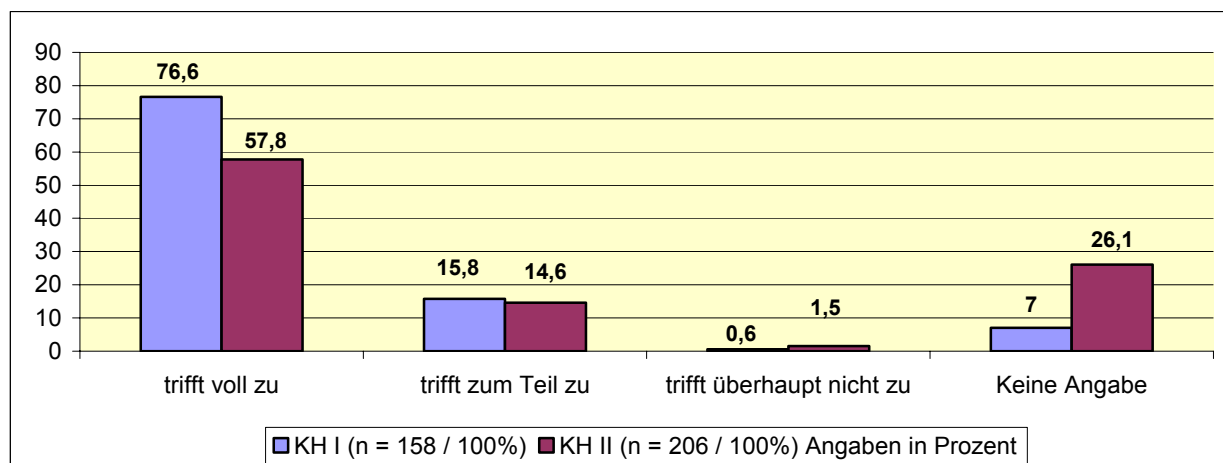
Im **KH II** verneinten 74,8% der Patienten die Frage, 73,8% hatten auf der Station keine Wartezeiten. Dennoch mussten 5,3% der Patienten an der Rezeption und 6,8% auf der Station warten. Fast 20% der Patienten beantworteten die Frage nach Wartezeiten nicht. Dies könnte durch den hohen Anteil an Einweisungen durch den Notarzt erklärt werden, wodurch Patienten nicht an der Rezeption aufgenommen bzw. unverzüglich auf der Station betreut wurden.

Interessant für Veränderungsprozesse könnte eine Untersuchung sein, aus der hervorgeht, wie lange Patienten warten müssen und aus welchem Grunde. Letzteres wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht erfragt. Die Möglichkeit, im Fragebogen die Dauer der Wartezeit anzugeben, wurde nur vereinzelt genutzt. So gab z.B. ein befragter Patient an: „Ich musste 1 ½ Stunde auf den zuständigen Arzt warten.“ (KH I, Pat. 63)

### Empfang bei der Aufnahme

Der Empfang (s. Abbildung 10) im **KH I** war nach Angaben von 76,6% der befragten Patienten freundlich, dagegen wurden 15,8% nicht ganz freundlich empfangen.

Schlechter war das Ergebnis im **KH II**: Nur 57,8% der befragten Patienten wurden an der Rezeption nach eigener Einschätzung freundlich empfangen. 14,6% bestätigten dies nur zum Teil und 1,5% überhaupt nicht.



**Abbildung 10: Ich wurde bei der Aufnahme an der Rezeption freundlich empfangen**

26,1% der Befragten Männer und Frauen im **KH II** beantworteten die Frage nicht, was ebenfalls durch den hohen Anteil der vom Notarzt eingewiesenen Patienten begründet sein könnte.

### Unterstützung durch das Aufnahmepersonal

Bei der Frage nach der Erledigung der Formalitäten gaben im **KH I** drei Viertel der Patienten an, Unterstützung erhalten zu haben, 15,8% bekamen sie nur teilweise.

Im **KH II** waren es 59,2% der Patienten, die die nötige Unterstützung erhielten, 15% bekamen sie nur zum Teil oder gar nicht und 25,7% der Befragten antworteten nicht auf die Frage.

Eine Unterstützung beim Finden der Station oder Untersuchungsräume durch das Aufnahmepersonal bestätigten 62,7% der Patienten im **KH I** und 54,4% im **KH II**. Die übrigen Patienten konnten dem nur zum Teil, wenig oder überhaupt nicht zustimmen.

### Ausschilderung und Ausstattung der Räumlichkeiten

Vier Fragen zur Ausschilderung und zur Ausstattung der Untersuchungsräume und Patientenzimmer geben Aufschluss über die Einschätzung zur räumlichen und bedürfnisgerechten Struktur der Krankenhäuser (s. Tabelle 13). Mehr als drei Viertel (76,6%) aller Befragten fanden die Ausschilderung im **KH I** übersichtlich und gaben an, die Untersuchungsräume leicht zu finden. Ein Fünftel konnte dem nur teilweise zustimmen. Ein Patient kommentierte dies mit:

„Ein Patient, der während meiner eigenen Aufnahme von draußen kam und zur Radiologie wollte, suchte sehr unsicher und unbeholfen den Weg, der ihm gesagt wurde (es war für ihn auch dann noch nicht deutlich, wie er dorthin kommt)“ (KH I, Pat. 142).

Unterschiede waren dagegen im **KH II** zu verzeichnen: Nur 35,9% der Befragten empfanden die Ausschilderung hier als übersichtlich und lediglich 37,4% waren der Meinung, die Untersuchungsräume seien leicht zu finden.

Tabelle 13: Ausschilderung und Untersuchungsräume

Antwort	KH I				KH II			
	Übersichtliche Beschilderung		Untersuchungsräume sind leicht zu finden		Übersichtliche Beschilderung		Untersuchungsräume sind leicht zu finden	
	N	%	N	%	N	%	N	%
trifft voll zu	121	76,6	119	75,3	74	35,9	77	37,4
trifft zum Teil zu	33	20,9	33	20,9	73	35,4	66	32,0
trifft wenig zu	3	1,9	1	0,6	14	6,8	16	7,8
trifft überhaupt nicht zu	0	0,0	0	0,0	3	1,5	4	1,9
Keine Angabe	1	0,6	5	3,2	42	20,4	43	20,9
Gesamt	158	100,0	158	100,0	206	100,0	206	100,0

Bei der Bewertung der Ausstattung der Patientenzimmer und sanitären Einrichtungen zeigt sich ein vergleichbares Bild (s. Tabelle 14). Im **KH I** erfüllten die Zimmer die Bedürfnisse der Befragten zu 79,8%, bei etwa einem Fünftel war dies nur zum Teil der Fall. Ähnlich sind die Ergebnisse bei Sanitäreinrichtungen.

Im **KH II** dagegen entsprach die Ausstattung der Patientenzimmer sogar nur bei einem Drittel (33,5%) den Bedürfnissen der Patienten; noch weniger (21,8%) Patienten fanden die sanitäre Ausstattung der Zimmer ihren Bedürfnissen entsprechend. Ohne Ausnahme galt dies für alle Abteilungen.

Tabelle 14: Ausstattung der Patientenzimmer und sanitären Einrichtungen

Antwort	KH I				KH II			
	Bedürfnisgerechte Ausstattung der Patientenzimmer		Bedürfnisgerechte Ausstattung der sanitären Einrichtungen		Bedürfnisgerechte Ausstattung der Patientenzimmer		Bedürfnisgerechte Ausstattung der sanitären Einrichtungen	
	N	%	N	%	N	%	N	%
trifft voll zu	126	79,8	121	76,6	69	33,5	45	21,8
trifft zum Teil zu	31	19,6	31	19,6	106	51,4	67	32,5
trifft wenig zu	1	0,6	6	3,8	23	11,2	61	29,7
trifft überhaupt nicht zu	0	0	0	0	8	3,9	33	16,0
Gesamt	158	100,0	158	100,0	206	100,0	206	100,0

Wie der Mittelwertvergleich in Tabelle 15 verdeutlicht, zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede bei der Ausschilderung (**KH I** 1,24 und **KH II** 1,67), beim Finden der Untersuchungsräume (**KH I** 1,23 und **KH II** 1,67), bei der Ausstattung von Patientenzimmer (**KH I** 1,22 und **KH II** 1,85) und der Sanitäreinrichtungen (**KH I** 1,30 und **KH II** 2,4). Alle Mittelwerte des **KH II** liegen deutlich über den Werten von **KH I**. Das **KH I** hat damit in allen Bereichen bessere Ergebnisse.

Tabelle 15: Vergleich der Einzelitems zu „Räumlichkeiten und Ausstattung“

Item		KH I			KH II			Test für unabhängige Stichproben	
		N	MW	sd	N	MW	sd	t	Sig.(2-seitig)
2.1	Die Ausschilderung hier im Krankenhaus finde ich übersichtlich.	135	1,24	0,48	164	1,67	0,71	6,2	,001
2..2	Die Räume, in denen ich untersucht wurde, konnte ich leicht finden.	132	1,23	0,44	163	1,67	0,75	6,2	,001
2.3	Die Ausstattung der Patientenzimmer entsprach meinen Bedürfnissen.	136	1,22	0,43	206	1,85	0,76	9,8	,001
2.4	Die sanitäre Ausstattung in dem Patientenzimmer entsprach meinen Bedürfnissen.	136	1,30	0,55	206	2,4	1,0	13,0	,001

Einige Patienten wiesen durch Zusatzbemerkungen im Fragebogen auf den Bedarf an Modernisierung der Zimmer und Verbesserung der hygienischen Bedingungen der sanitären Einrichtungen hin. Zwei Patienten brachten dies folgendermaßen auf den Punkt:

„Untersuchungsräume könnten besser beschildert werden z.B. Schild an Decke des Flures. Es wäre wünschenswert in jedem Zimmer Dusche und WC vorzufinden. Auch das Mobiliar könnte etwas besser und moderner sein. Keine Holzschränke = Hygiene.“ „Alte Betten nicht mehr verwenden = gibt Kreuzschmerzen.“ (KH II, Pat. 65)

„Das eigene Bad im Zimmer wäre toll, mit eigener Toilette und einem Waschbecken, das nicht blubbert und das Abwasser hoch drückt.“ (KH II, Pat. 13)

### 3.5.3 Ergebnisse zum Pflegedienst

Die 24 Fragen der Skala „Betreuung durch die Schwestern und Pfleger“ können in fünf Kategorien unterteilt werden. Sieben Fragen beziehen sich auf die „Kommunikationsqualität“ zwischen Patient und Pflegenden, sechs Fragen sind gerichtet auf die Wahrnehmung der „Pflege- und Behandlungsqualität“, mit zwei Fragen wird die „Informations-/und Beratungsqualität“, mit einer Frage die „Service- und Dienstleistungsqualität“ und mit weiteren acht Fragen die „Interaktionsqualität“ abgefragt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der jeweiligen Kategorien vorgestellt.

#### Kategorie Kommunikationsqualität (Pflege)

Generell kann davon ausgegangen werden, dass der gesamte Bereich der **Kommunikationsqualität** (s. Tabelle 16) die Haltung des Personals zum Patienten und den Grad der Patientenorientierung widerspiegelt. Zu einem hohen Prozentsatz (87,9% **KH I** und 80,6% im **KH II**) geben Patienten in beiden Krankenhäusern an, von Pflegenden nach ihren Beschwerden befragt worden zu sein; ebenfalls zu einem hohen Anteil (81,6% **KH I** und 84,5% im **KH II**) sind die Befragten der Meinung, dass es die Schwestern interessierte, wie sie sich fühlten. Dagegen stellten aber nur 36,7% (**KH I**) und 27,2% (**KH II**) der Befragten fest, nach ihren Lebensgewohnheiten gefragt worden zu sein. Die übrigen Befragten gaben an, dies treffe nur zum Teil oder gar nicht zu.



Niedrige Zustimmungsergebnisse gab es auch bei Frage nach den Erfahrungen der Patienten in Bezug auf ihre Erkrankung. Immerhin fast die Hälfte (45,6% **KH I** und 41,3% **KH II**) aller Befragten in beiden Untersuchungsfeldern gaben an, nicht oder kaum nach ihren Erfahrungen gefragt worden zu sein. Weitere 54,5% (**KH I**) und 56,3% (**KH II**) der befragten Personen stellten fest, dass nur zum Teil, wenig oder kein Interesse für ihre Erwartungen gezeigt wurde. Die Zusatzbemerkung eines Patienten unterstreicht die Ergebnisse:

„Schwestern müssen neben ihren dienstlichen Aufgaben mehr Zeit für den Patienten haben“ (**KH II**, Pat. 24)

**Tabelle 16: Kommunikationsqualität Pflege (Angaben in Prozent)**

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
f	Die Schwester erkundigte sich nach meinen Beschwerden.	-	87,9	9,5	1,3	1,3	100% n=158	-	80,6	16,0	1,9	1,5	100% n=206
3.2	Die Schwester fragte mich nach meinen Lebensgewohnheiten.	-	36,7	17,7	25,3	20,3	100% n=158	0,5	27,2	36,4	16,5	19,4	100% n=206
3.3	Die Schwester fragte mich nach meinen Erfahrungen in Bezug auf Erkrankungen.	-	45,6	14,6	18,4	21,4	100% n=158	0,5	41,3	26,2	18,4	13,6	100% n=206
3.4	Die Schwester interessierte sich für meine Erwartungen.	0,6	44,9	18,4	24,1	12	100% n=158	1,0	42,7	30,6	18,0	7,7	100% n=206
3.5	Die Schwester sprach meine Pflegemaßnahmen mit mir ab.	-	67,1	17,7	12,0	3,2	100% n=158	0,5	48,5	37,4	10,2	3,4	100% n=206
3.11	Es interessierte die Schwester, wie ich mich fühlte.		81,6	14,6	3,2	0,6	100% n=158	0,5	84,5	13,6	1,5	-	100% n=206
3.19	Die Schwester achtete darauf, dass meine Wünsche und Erwartungen in Bezug auf meine Angehörigen erfüllt wurden.	3,2	57,0	29,1	5,6	5,1	100% n=158	3,9	37,4	31,6	20,9	6,2	100% n=206

### Kategorie Pflege- und Behandlungsqualität (Pflege)

Im Vergleich zur Kategorie Kommunikationsqualität sind im Bereich der Pflege- und Behandlungsqualität gute Ergebnisse zu verzeichnen (s. Tabelle 17): 76,6% der befragten Patienten im **KH I** und 78,2% im **KH II** waren der Meinung, dass sie von der Schwester soviel Unterstützung bekamen, wie sie brauchten, und dass die Pflegenden für größtmögliche Unabhängigkeit (72,7% **KH I** und 78,6% **KH II**) sowie zwischen den Pflegemaßnahmen für soviel Ruhe wie nötig (76,6% **KH I** und 75,7% **KH II**) sorgten.

Dagegen bewerteten mehr als 20% der Patienten in beiden Häusern dies nur als zum Teil, wenig oder sogar überhaupt nicht zutreffend.

**Tabelle 17: Pflege-/Behandlungsqualität Pflege (Angaben in Prozent)**

I-tem	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
3.8	Die Schwester gab mir bei den Pflegemaßnahmen so viel Unterstützung wie ich brauchte.	-	76,6	15,8	7,0	0,6	100% n=158	0,5	78,2	17,5	2,4	1,4	100% n=206
3.9	Die Schwester nahm bei den Pflegemaßnahmen Rücksicht auf meine Bedürfnisse und Wünsche.	-	75,9	18,4	3,8	1,9	100% n=158	0,5	71,8	23,3	3,4	1,0	100% n=206
3.12	Die Schwester sorgte dafür, dass ich so unabhängig wie möglich sein konnte.	-	72,7	15,2	10,8	1,3	100% n=158	-	78,6	15,0	4,9	1,5	100% n=206
3.14	Die Schwester bemühte sich darum, dass ich mich auf der Station und in meinem Zimmer wohl fühlte.	-	81,0	13,3	5,1	0,6	100% n=158	-	74,8	22,3	2,9	-	100% n=206
3.15	Die Schwester sorgte dafür, dass ich zwischen den einzelnen Pflegemaßnahmen soviel Ruhe hatte, wie ich brauchte.	-	76,6	15,2	6,3	1,9	100% n=158	-	75,7	20,4	3,4	0,5	100% n=206
3.17	Die Schwester überprüfte, wie sich die Behandlung und Pflege bei mir auswirkte.	-	63,3	15,2	19,0	2,5	100% n=158	0,5	64,1	23,3	9,7	2,4	100% n=206

Eine Überprüfung der Auswirkung von Behandlung und Pflege bestätigten nur zwei Drittel (63,3 **KH I** und 64,1% **KH II**) der Patienten, mehr als ein Drittel dagegen nur teilweise, wenig oder gar nicht.

### Kategorie Information und Beratung (Pflege)

Besonders bei der Information und Beratung scheint es in beiden Untersuchungsfeldern Verbesserungsbedarf (s. Tabelle 18) zu geben: Nur etwas mehr als die Hälfte 51,9% im **KH I** und 54,8% aller Befragten im **KH II** gaben an, die Schwester überlege mit ihnen gemeinsam, wie das Befinden verbessert werden könne. Alle anderen erklärten, dies treffe teilweise zu. 11,4% der Befragten im **KH I** und 4,9% im **KH II** sagten, dies sei überhaupt nicht der Fall.

Nur knapp die Hälfte (46,2 **KH I** und 49% **KH II**) bestätigen ohne Einschränkung, dass die Schwester ihnen helfe herauszufinden, wie sie mit ihrer Erkrankung umgehen können.

**Tabelle 18: Informations-/Beratungsqualität Pflege (Angaben in Prozent)**

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
3.7	Die Schwester überlegte mit mir gemeinsam, wodurch mein Befinden verbessert werden kann.		51,9	19,6	17,1	11,4	100% n=158	1,0	54,8	25,7	13,6	4,9	100% n=206
3.10	Die Schwester half mir herauszufinden, wie ich mit meiner Erkrankung umgehen kann.	0,6	46,2	22,2	20,3	10,7	100% n=158	1,9	49	24,3	17,5	7,3	100% n=206

Eine differenzierte Betrachtung der Aussage, dies treffe überhaupt nicht zu, relativiert dieses scheinbar negative Ergebnis: Der überwiegende Teil derer, die diese Antwort gaben, waren Patientinnen der Geburtshilfe. Hier kann davon ausgegangen werden, dass die Formulierung der Frage dieser spezifischen Betreuungssituation nicht angemessen war.

### **Kategorie Interaktionsqualität (Patient/Pflege)**

Bei der Interaktion (s. Tabelle 19) zwischen Patient und Pflegenden gaben mehr als vier Fünftel der Befragten an, die Schwester reagiere so, dass sie sich gut aufgehoben fühlten (84,2% **KH I** und 85,4% **KH II**); sie begegne ihnen mit Respekt (86,1% **KH I** und 87,3% **KH II**); zeigte, dass man sich auf sie verlassen könne (84,8% **KH I** und 87,3% **KH II**) und nehme sie mit ihren Bedürfnissen ernst (78,5% **KH I** und 82,5% **KH II**).

Tabelle 19: Interaktionsqualität Pflege (Angaben in Prozent)

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
3.6	Die Schwester reagierte auf mein Befinden so, dass ich mich gut aufgehoben fühlte.		84,2	13,2	1,3	1,3	100% n=158	-	85,4	12,6	0,5	1,5	100% n=206
3.13	Die Schwester zeigte mir, dass sie Verständnis für meine Sorgen und Probleme hatte.		62,6	29,1	5,1	3,2	100% n=158	0,5	73,8	22,7	1,5	1,5	100% n=206
3.16	Die Schwester nahm sich Zeit für mich.		68,4	24,6	5,7	1,3	100% n=158	-	77,7	18,0	3,8	0,5	100% n=206
3.18	Die Schwester munterte mich auf, wenn es mir nicht gut ging.	1,2	68,4	18,4	9,5	2,5	100% n=158	0,5	75,2	18,0	4,4	1,9	100% n=206
3.21	Die Schwester half mir, auch kleine Fortschritte zu erkennen.	0,6	52,5	22,9	19,6	4,4	100% n=158	1,5	67,5	18,4	9,7	2,9	100% n=06
3.22	Die Schwester begegnete mir mit Respekt.	0,6	86,1	11,4	1,9	-	100% n=158		87,3	10,2	1,5	1,0	100% n=206
3.23	Die Schwester zeigte mir, dass ich mich auf sie verlassen kann.		84,8	13,9	1,3	-	100% n=158	-	87,3	10,7	1,5	0,5	100% n=206
3.24	Die Schwester nahm mich mit meinen Bedürfnissen ernst.	0,6	78,5	19,0	1,9	-	100% n=158	0,5	82,5	15,5	1,0	0,5	100% n=206

Weniger gute Einschätzungen wurden im Bereich der individuellen und zeitintensiven Betreuung durch Pflegende gegeben. Darauf verweisen niedrige Zustimmungswerte (lediglich 52,5% **KH I** und 67,5% im **KH II**) bei der Frage „Die Schwester half mir, auch kleine Fortschritte zu erkennen“ sowie relativ hohe Negativbewertungen bei der Frage „(...) nahm sich Zeit für mich“. Im **KH I** bestätigten immerhin mehr als zwei Drittel (68,4%) dass sich die Schwester Zeit für sie nimmt, im **KH II** waren es 77,7% der Patienten. Fast gleiche Ergebnisse fanden sich bei der Bewertung der Aussage „Die Schwester munterte mich auf, wenn es mir nicht gut ging“.

### 3.5.4 Ergebnisse zum Ärztlichen Dienst

Die Skala „Untersuchung, Behandlung und Betreuung durch Ärzte“ wird im Fragebogen durch insgesamt 17 Fragen abgebildet. Zwei Fragen beziehen sich auf die „Kommunikationsqualität“ zwischen Patient und Ärzten, drei Fragen sind gerichtet auf die Wahr-

nehmung der „Behandlungsqualität“, mit sieben Fragen wird die „Informations-/und Beratungsqualität“ und mit weiteren fünf Fragen wird die „Interaktionsqualität“ abgefragt.

Dieser Fragebereich ergibt interessante und zum Teil auf besondere Problemfelder verweisende Befragungsergebnisse, die für öffentliche Wahrnehmung und Image des Hauses von besonderer Bedeutung sind. In Einzelfällen war es notwendig, Befragungsergebnisse im Abteilungsvergleich darzustellen. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf die Darstellung und Ausführung aller Verteilungen in den einzelnen Fachabteilungen verzichtet.

### Kategorie: Kommunikationsqualität (Ärzte)

Im **KH I** hatten nahezu drei Viertel (72,2%) der befragten Männer und Frauen den Eindruck, die Behandlung sei speziell auf sie abgestimmt. Dagegen waren es im **KH II** nur die Hälfte (50,5%). Die übrigen Befragten fanden, dass dies nur teilweise, wenig oder überhaupt nicht der Fall sei. Letzteres lässt sich, wie Tabelle 20 zeigt, in allen drei Hauptfachabteilungen in geringfügig abweichender Tendenz beobachten.

**Tabelle 20: Kommunikationsqualität Ärztliche Behandlung/Differenzierung nach Abteilungen**

4.10 Ich hatte den Eindruck, dass meine Behandlung speziell auf mich abgestimmt wurde													
KH I							KH II						
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt
Innere Medizin	Anzahl	0	40	14	4	1	59	0	36	30	11	1	78
	Prozent	0,0	67,8	23,7	6,8	1,7	100,0	0,0	46,2	38,4	14,1	1,3	100,0
Chirurgische Klinik	Anzahl	0	41	9	0	1	51	0	53	29	7	3	92
	Prozent	0,0	80,4	17,6	0,0	2,0	100,0	0,0	57,6	31,5	7,6	3,3	100,0
Klinik für Gynäkologie/Geburtshilfe	Anzahl	0	15	8	2	1	26	2	15	14	4	1	36
	Prozent	0,0	57,7	30,8	7,7	3,8	100,0	5,6	41,7	38,8	11,1	2,8	100,0
Gesamt	Anzahl	0	114	32	8	4	158	2	104	73	22	5	206
Prozent		0,0	72,2	20,3	5,1	2,4	100,0	1,0	50,5	35,4	10,7	2,4	100,0

Ähnliches gilt für die Frage, ob sich Patienten von Ärzten mit ihren Bedürfnissen ernst genommen fühlten: Mehr als drei Viertel aller befragten Patienten (75,9% **KH I** und 78,6% im **KH II**) bejahten dies (s. Tabelle 21). Dennoch muss den Antworten der übrigen Befragten eine hohe Bedeutung zugemessen werden, die nur zum Teil den Eindruck hatten, ernst genommen zu werden.

Tabelle 21: Kommunikationsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)

		KH I						KH II					
Item	Einzelitems	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
4.14	Die Ärzte nahmen mich mit meinen Bedürfnissen ernst.	0,6	75,9	19,1	3,8	0,6	100% n=158	0,5	78,6	19,9	1,0	-	100% n=206

Insgesamt 46,2% (**KH I**) und nur 29,6% der Männer und Frauen im **KH II** gaben an, dass der Arzt ihre Wünsche in Bezug auf die Aufklärung ihrer Angehörigen berücksichtigt, 40,5% (**KH I**) und 30,1% (**KH II**) bejahten diese Aussage nur teilweise. Die übrigen 11% im **KH I**, jedoch 36% im **KH II** sagten, dass dies nicht oder überhaupt nicht der Fall sei. Differenziert nach Abteilungen fällt auf (s. Tabelle 22), dass die Wünsche zur Aufklärung der Angehörigen der Befragten im **KH II** besonders in der Inneren Medizin und der Chirurgischen Klinik nur teilweise, wenig oder überhaupt nicht berücksichtigt wurden. Am wenigsten wurden die Wünsche in der Gynäkologie/Geburtshilfe beachtet.

Tabelle 22: Kommunikationsqualität Ärzte /Differenzierung nach Abteilungen

4.7 Der Arzt berücksichtigte meine Wünsche, die ich in Bezug auf die Aufklärung meiner Angehörigen hatte													
KH I								KH II					
Abteilung		Keine Angabe	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt	Keine Angabe	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt
Innere Medizin	Anzahl	1	29	22	4	3	59	0	25	21	21	11	78
	Prozent	1,7	49,2	37,2	6,8	5,1	100,0	0,0	32,1	26,9	26,9	14,1	100,0
Chirurgische Klinik	Anzahl	2	27	15	3	4	51	2	30	28	22	10	92
	Prozent	3,9	52,9	29,4	5,9	7,9	100,0	2,2	32,6	30,4	23,9	10,9	100,0
Klinik für Gynäkologie/ Geburtshilfe	Anzahl	1	8	17	0	0	26	7	6	13	5	5	36
	Prozent	3,8	30,8	65,4	0,0	0,0	100,0	19,4	16,7	36,1	13,9	13,9	100,0
Anzahl		4	73	64	9	8	158	9	61	62	48	26	206
Prozent		2,5	46,2	40,5	5,7	5,1	100,0	4,4	29,6	30,1	23,3	12,6	100,0

### Kategorie Behandlungsqualität (Ärzte)

Bei der Schmerztherapie bestätigen 88,0% der Patienten im **KH I** und 83,9% im **KH II**, dass sich die Ärzte um Schmerzfremheit der Patienten bemühten. Fast drei Viertel der Befragten (74,7% **KH I** und 73,3% **KH II**) gaben an, ihre Intimsphäre werde bei der Untersuchung gewahrt (s. Tabelle 23).

Tabelle 23: Behandlungsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
4.8	Die Ärzte bemühten sich darum, dass ich keine Schmerzen hatte.	-	88,0	11,4	0,6	-	100% n=158	-	83,9	14,6	1,5	-	100% n=206
4.13	Die Ärzte bemühten sich, dass meine Intimsphäre bei den Untersuchungen gewahrt wurde.	-	74,7	18,4	5,1	1,8	100% n=158	1,5	73,3	21,8	2,9	0,5	100% n=206

### Kategorie Informations-/und Beratungsqualität (Ärzte)

Besonderes Merkmal der Patientenorientierung ist der persönliche Bezug zum Patienten. Aus den Patienteninterviews ging hervor, dass es für Patienten außerordentlich wichtig ist, Bezugspersonen, bzw. konkrete Ansprechpartner zu haben. Die Untersuchung zeigt beim Fragebereich "Informations-/und Beratungsqualität" des Ärztlichen Dienstes interessante Ergebnisse:

Tabelle 24: Informations-/Beratungsqualität Ärzte, Zuständigkeit im Abteilungsvergleich

4.1 Ich wusste, welcher Arzt (Dr.) für mich zuständig war.													
KH I								KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt
Innere Medizin	Anzahl	0	41	13	1	4	59	0	32	36	7	3	78
	Prozent	0,0	69,5	22,0	1,7	6,8	100,0	0,0	41,0	46,2	9,0	3,8	100,0
Chirurgische Klinik	Anzahl	0	34	15	1	1	51	1	34	32	15	10	92
	Prozent	0,0	66,7	29,3	2,0	2,0	100,0	1,1	37,0	34,8	16,3	10,8	100,0
Klinik für Gynäkologie/ Geburtshilfe	Anzahl	0	15	9	1	1	26	0	15	12	5	4	36
	Prozent	0,0	57,7	34,7	3,8	3,8	100,0	0,0	41,7	33,3	13,9	11,1	100,0
Anzahl		0	108	41	3	6	158	1	81	80	27	17	206
Prozent		0,0	68,4	25,9	1,9	3,8	100,0	0,5	39,3	38,8	13,1	8,3	100,0

Wie aus Tabelle 24 zu entnehmen ist, stellten im **KH I** 68,4% der Befragten fest, zu wissen, welcher Arzt für die zuständig war, im **KH II** waren es nur 39,3% der Patienten.

Der gesamte Bereich der Information und Beratung weist eine ähnliche Tendenz auf. Bis auf die rechtzeitige Information über den Entlassungstermin, die von 64,6% im **KH I** und von 76,2% der befragten Männer und Frauen im **KH II** bestätigt wurde, gaben mehr als drei Viertel im **KH I**, aber nur weniger als zwei Drittel aller Teilnehmer der Befragung im **KH II** an, dass sie vorab über das Vorgehen, über die Art und das *Warum* bei und

während der Untersuchung informiert worden seien. Alle anderen stellten fest, dies sei nur zum Teil, wenig oder überhaupt nicht der Fall (s. Tabelle 25). Folgende Patienten-Zitate untermauern die Ergebnisse in anschaulicher Weise:

„Ich hätte gerne vorher gewusst, wer mich operiert, spätestens nach der Operation hätte man mir unaufgefordert sagen können, wer operiert hat. Auch meinen Entlassungstermin hätte ich gerne unaufgefordert erfahren. Man muss ständig nachfragen bei ständig wechselnden Ärzten.“ (KH II, Pat. 13)

**Tabelle 25: Informations-/Beratungsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)**

I-tem	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
4.3	Der Arzt erklärte mir vorab das Vorgehen bei meiner Untersuchung (z.B. Blutuntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Darmuntersuchungen) so, dass ich es verstand.	-	81,0	11,4	7,6	-	100% n=158	0,5	56,8	33,9	7,8	1,0	100% n=206
4.4	Der Arzt unterrichtete mich, warum welche Untersuchungen /Behandlung bei mir durchgeführt werden.		84,2	13,3	2,5	-	100% n=158	-	63,5	31,6	4,9	-	100% n=206
4.5	Der Arzt klärte mich über meine Erkrankung auf.		89,9	8,2	1,9	-	100% n=158	0,5	58,7	34,0	5,8	1,0	100% n=206
4.9	Der Arzt erklärte mir bei der Untersuchung, was er tat.	0,6	79,1	12,7	7,0	0,6	100% n=158	0,5	60,2	30,5	7,8	1,0	100% n=206
4.17	Die Ärzte informierten mich rechtzeitig über meinen Entlassungstermin.	5,7	64,6	20,9	7,0	1,8	100% n=158	1,9	76,2	13,1	6,4	2,4	100% n=206

Besonders auffallend sind die Ergebnisse bei der Frage nach Aufklärung im Umgang mit der Erkrankung (s. Tabelle 26): 61,4% der Patienten im **KH I** gaben an, hier beraten worden zu sein, im **KH II** waren es nur 43,7%. Alle anderen fanden, sie seien nur zum Teil, wenig oder überhaupt nicht beraten worden. Interessant ist, dass sich die Verteilung dieser Ergebnisse im **KH II** nahezu gleichmäßig über alle drei Hauptfachabteilungen zieht.



**Tabelle 26: Informations-/Beratungsqualität Ärzte, Infos zum Verhalten im Abteilungsvergleich**

4.6 Ich wurde vom Arzt beraten, wie ich mich zukünftig mit meiner Erkrankung verhalten sollte.												
KH I						KH II						
Abteilung		trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt
Innere Medizin	Anzahl	38	10	8	3	59	0	33	24	15	6	78
	Prozent	64,4	16,9	13,6	5,1	100,0	0,0	42,3	30,8	19,2	7,7	100,0
Chirurgische Klinik	Anzahl	35	11	2	3	51	0	44	23	16	9	92
	Prozent	68,6	21,6	3,9	5,9	100,0	0,0	47,8	25,0	17,4	9,8	100,0
Klinik für Gynäkologie/Geburtshilfe	Anzahl	12	5	9	0	26	4	13	10	7	2	36
	Prozent	46,2	19,2	34,6	,0	100,0	11,1	36,1	27,8	19,4	5,6	100,0
Anzahl		97	31	23	7	158	4	90	57	38	17	206
Prozent		61,4	19,6	14,6	4,4	100,0	1,9	43,7	27,7	18,4	8,3	100,0

Die Berechnung des t-Test für unabhängige Stichproben zeigt, dass es sich bei den Ergebnissen um statistisch signifikante Unterschiede in den beiden Krankenhäusern handelt (vgl. Tabelle 27).

**Tabelle 27: Vergleich der Einzelitems zur „Information-/Beratungsqualität“**

Item		KH I			KH II			Test für unabhängige Stichproben	
		N	MW	sd	N	MW	sd	t	Sig. (2-seitig)
4.1	Ich wusste, welcher Arzt für mich zuständig war.	136	1,45	,75	205	1,90	,92	4,9	,001
4.3	Der Arzt erklärte mir vorab das Vorgehen bei meiner Untersuchung (z.B. Blutuntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Darmuntersuchungen) so, dass ich es verstand.	136	1,25	,59	205	1,53	,68	3,9	,001
4.4	Der Arzt unterrichtete mich, warum welche Untersuchungen/Behandlung bei mir durchgeführt werden.	136	1,18	,46	206	1,41	,58	4,0	,001
4.5	Der Arzt klärte mich über meine Erkrankung auf.	136	1,14	,41	205	1,49	,65	6,1	,001
4.10	Ich hatte den Eindruck, dass meine Behandlung speziell auf mich abgestimmt ist	136	1,38	,68	204	1,65	,77	3,3	,001

Insgesamt bessere Werte erhielt das **KH I**: Hier wussten mehr Patienten, welcher Arzt für sie zuständig war (1,45) als im **KH II** (1,90). Das Vorgehen bei der Untersuchung wurde im **KH I** häufiger erklärt (**KH I** 1,25; **KH II** 1,53). Mehr Patienten im **KH I** (1,18) gaben an, über die Art der Untersuchung unterrichtet worden zu sein (**KH II** 1,41) und mehr Patienten wurden vom Arzt über die Erkrankung aufgeklärt (**KH I** 1,14; **KH II** 1,49) und hatten den Eindruck, dass die Behandlung speziell auf sie abgestimmt war (**KH I** 1,38; **KH II** 1,65). Bei allen Ergebnissen liegen im **KH I** Mittelwerte und Streuung (Standardabweichung) niedriger als im **KH II**.

### Kategorie Interaktionsqualität (Patient/Ärzte)

Scheinbar bessere Ergebnisse sind im Bereich der Interaktion mit dem Patienten zu erkennen (s. Tabelle 28). Weit über vier Fünftel (84,2% **KH I** und 86,9% **KH II**) der befragten Männer und Frauen bestätigen, dass die Ärzte respektvoll mit ihnen umgingen. Dass die Ärzte sich bemühten, ihnen die Angst vor Untersuchungen zu nehmen und Verständnis für die Sorgen und Probleme der Patienten zeigten, gaben 77,2% **KH I** und 77,7% **KH II** an. Insgesamt sagten 88,0% der Befragten im **KH I** und 89,3% im **KH II**, dass sie Vertrauen zu den Ärzten haben. Folgende Anmerkung eines Befragten unterstreicht, dass Patienten hierauf besonderen Wert legen:

„Ärzte sollten noch besser auf Ängste und Probleme der Patienten eingehen. Sollten auch mehr Zeit für den Einzelnen haben und Fragen zur Krankheit besser und verständlicher erklären.“ (KH II, Pat. 68)

**Tabelle 28: Interaktionsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)**

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
4.2	Der Arzt nahm sich Zeit für mich.		79,1	15,2	4,4	1,3	100% n=158	-	69,9	25,2	3,4	1,5	100% n=206
4.11	Die Ärzte gingen respektvoll mit mir um.	-	84,2	15,2	0,6	-	100% n=158	-	86,9	12,1	1,0	-	100% n=206
4.12	Die Ärzte bemühten sich, mir die Angst vor der Untersuchung, Behandlung, Operation zu nehmen.		77,2	15,8	6,4	0,6	100% n=158	0,5	77,7	19,3	1,5	1,0	100% n=206
4.15	Die Ärzte zeigten mir, dass sie Verständnis für meine Sorgen und Probleme haben.		70,3	20,2	7,0	2,5	100% n=158	-	78,1	18,0	3,4	0,5	100% n=206
4.16	Den Ärzten konnte ich vertrauen.	-	88,0	11,4	0,6	-	100% n=158	-	89,3	10,7	-	-	100% n=206

### 3.5.5 Ergebnisse zu Funktionsdiensten

Die Fragen aus der Skala „Betreuung durch Mitarbeiter der Funktionsdienste“ können ebenfalls in verschiedene Kategorien unterteilt werden. Zwei der insgesamt acht Fragen beziehen sich auf die Wahrnehmung zur „Behandlungsqualität“, mit zwei Fragen wird die „Informations-/und Beratungsqualität“ abgefragt. Eine Frage richtet sich auf „Service- und Dienstleistungsqualität“ und weitere drei Fragen beziehen sich auf „Interaktionsqualität“.

Mitarbeiter der Funktionsabteilungen haben in der Regel nur kurze Patientenkontakte. Umso wichtiger erscheint die Qualität der Leistungen, vor allem im Bereich der Kommunikation und Interaktion. Mitarbeiter müssen in sehr kurzer Zeit zum Teil auch unangenehme Prozeduren mit dem Patienten durchführen. Problematisch scheint die Wahrung der Intimsphäre der Patienten bei der Untersuchung/Behandlung zu sein. Hinweise hierauf geben die niedrigen Zustimmungswerte (s. Tabelle 29). Während im **KH I**

fast drei Viertel (74,1%) der Befragten das Bemühen um die Wahrung der Intimsphäre erkannten, waren es im **KH II** nur 64,1%. Für alle anderen Patienten war das Bemühen nur zum Teil, wenig oder überhaupt nicht erkennbar. Bessere Werte konnten verzeichnet werden bei der Aussage: „Die Mitarbeiterinnen achteten darauf, dass ich keine Schmerzen hatte“ (s. Tabelle 29). 83,5% der befragten Patienten im **KH I** stimmten dieser Aussage voll zu, im **KH II** waren es fast drei Viertel (73,3%). Alle anderen Befragten stimmt nur zum Teil, wenig und überhaupt nicht zu.

**Tabelle 29: Behandlungsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)**

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
5.2	Die Mitarbeiterinnen gaben sich Mühe, meine Intimsphäre bei der Untersuchung/Behandlung zu wahren.	1,9	74,1	16,5	7,0	0,6	100% n=158	3,4	64,1	29,1	2,9	0,5	100% n=206
5.4	Die Mitarbeiterinnen achteten darauf, dass ich keine Schmerzen hatte	2,5	83,5	11,4	1,3	1,3	100% n=158	3,9	73,3	21,3	1,5	-	100% n=206

Ein ähnliches Bild zeigte sich im Bereich der Aufklärung der Patienten (s. Tabelle 30). Nur 7,0% der befragten Männer und Frauen im **KH I** und 3,9% im **KH II** konnten der Aussage wenig zustimmen, man habe sie aufgeklärt, wie sie sich während der Untersuchung verhalten sollen.

Nahezu ein Viertel aller Befragten im **KH I** und fast die Hälfte im **KH II** (s. Tabelle 30) gaben an, nur teilweise (11,4% **KH I** und 35,9% **KH II**), wenig (15,2% **KH I** und 7,8% **KH II**) und sogar gar keine (2,5% **KH I** und 1,5% **KH II**) Information über das Vorgehen bei der Untersuchung erhalten zu haben.

**Tabelle 30: Informations-/Beratungsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)**

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
5.3	Die Mitarbeiter erklärten mir, wie ich mich bei meiner Untersuchung/ Behandlung verhalten sollte.	1,9	75,3	15,2	7,0	0,6	100% n=158		72,3	20,4	3,9	3,4	100% n=206
5.5	Die Mitarbeiterinnen erklärten bei der Untersuchung/ Behandlung, was sie tun.	2,5	68,4	11,4	15,2	2,5	100% n=158	2,4	52,4	35,9	7,8	1,5	100% n=206

Weit mehr als drei Viertel (81,0% **KH I** und 78,7% **KH II**) der Patienten gaben an, in der Funktionsabteilung nicht lange haben warten müssen (s. Tabelle 31). Nur wenige Patienten waren der Meinung, die Wartezeiten seien lang gewesen.

**Tabelle 31: Service- und Dienstleistungsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)**

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
5.7	Der Mitarbeiter ließen mich nicht lange warten	1,9	81,0	11,4	2,5	3,2	100% n=158	1,9	78,7	17,0	1,9	0,5	100% n=206

Wie bei den Fragen zur „Aufnahme“ der Patienten gab es nur vereinzelt Angaben über die tatsächlichen Wartezeiten. Ein Patient gab beispielsweise an:

„Ich musste länger als 1 Stunde warten, bis ich auf mein Zimmer kam“ (KH II; Pat. 21)

74,7% (**KH I**) und 64,1% (**KH II**) der befragten Männer und Frauen nahmen das Bemühen der Mitarbeiter in den Funktionsabteilungen wahr, sich Zeit für den Patienten und ihm die Angst vor Untersuchungen/Behandlungen zu nehmen (s. Tabelle 32). Dennoch fanden die übrigen Patienten, dass dies nur zum Teil, wenig oder gar nicht der Fall sei.

Die Ergebnisse bei der Einschätzung, ob das Personal im Funktionsdienst respektvoll mit den Patienten umgeht zeigen sich wie folgt: Zwar bestätigen dies 79,7% **KH I** und 76,2% **KH II** aller Befragten; fast ein Viertel der Frauen und Männer im **KH II** sah dies jedoch nur zum Teil oder wenig gegeben.

**Tabelle 32: Interaktionsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)**

Item	Einzelitems	KH I						KH II					
		Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n	Keine Angaben	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu	Gesamt n
5.1	Die Mitarbeiterinnen bemühten sich, mir die Angst vor der Untersuchung/Behandlung zu nehmen.	2,5	74,7	19,0	3,2	0,6	100% n=158	2,3	64,1	28,2	3,9	1,5	100% n=206
5.6	Der Mitarbeiterinnen nahmen sich Zeit für mich.	1,9	68,3	20,9	7,6	1,3	100% n=158	2,9	67	25,7	3,9	0,5	100% n=206
5.8	Die Mitarbeiterinnen gingen respektvoll mit mir um	1,9	79,7	16,5	1,3	0,6	100% n=158	2,4	76,2	17,5	3,9	-	100% n=206

Durch das Zitat eines Patienten wurde diese Einschätzung unterstrichen:

„Auch in dieser Abteilung könnte man ein bisschen mehr Menschlichkeit den Patienten zeigen.“ (KH II, Pat. 68)

### 3.5.6 Ergebnisse zur Entlassung

Vier Fragen der Befragung bilden den Bereich „Entlassung“ ab. Es wurde nach dem Wunsch gefragt, Abschlussgespräche mit den Pflegenden, dem Arzt und dem Sozialdienst zu führen sowie nach dem Wunsch, das Personal im Krankenhaus nach der Entlassung bei Fragen anrufen zu können.

94,9% (**KH I**) und 98,5% (**KH II**) der Befragten legten Wert auf ein Abschlussgespräch mit dem Arzt. Bei den insgesamt niedrigen Zustimmungswerten bezogen auf den Pflegedienst gab es interessante Ergebnisse: Nur 50,0% der Frauen und Männer im **KH I** und 34,5% im **KH II** wollten ein Abschlussgespräch mit den Pflegenden führen. Der t-Test für unabhängige Stichproben (s. Tabelle 33) zeigt signifikante Unterschiede in den beiden Krankenhäusern: Im **KH I** (MW 1,50) liegt der Mittelwert unter dem von **KH II** (MW 1,66). Demnach legen im **KH I** scheinbar mehr Patienten Wert auf ein Abschlussgespräch mit der Schwester als dies im **KH II** der Fall ist.

**Tabelle 33: Vergleich der Einzelitems zur „Entlassung“**

Item		KH I			KH II			Test für unabhängige Stichproben	
		N	MW	sd	N	MW	sd	t	Sig. (2-seitig)
6.3	Ich lege Wert auf ein Abschlussgespräch mit der Schwester.	135	1,50	0,50	206	1,66	0,47	2,9	,004

Darüber hinaus wollten 70,9% (MW = 1,29) der Befragten im **KH I** das Krankenhauspersonal anrufen können, wenn sie nach der Entlassung noch Fragen haben (s. Tabelle 34). Im Unterschied dazu hatte etwa nur jeder zweite Patient (48,1%; MW = 1,52) im **KH II** diesen Wunsch. Der Mittelwertvergleich zeigt ein statistisch signifikantes Ergebnis zugunsten des **KH I**.

**Tabelle 34: Vergleich des Einzelitems „Fragen nach der Entlassung“**

Item		KH I			KH II			Test für unabhängige Stichproben	
		N	MW	sd	N	MW	sd	t	Sig. (2-seitig)
6.2	Ich möchte das Krankenhauspersonal anrufen können, wenn ich nach meiner Entlassung noch Fragen habe.	134	1,29	0,46	206	1,52	0,50	4,3	,001

### 3.5.7 Ergebnisse zu Serviceangeboten

Mit der Frage: „Wie gut waren die Angebote auf Ihre Wünsche abgestimmt“ wurden Serviceangebote wie Gottesdienst/Seelsorge, Angebot im Kiosk, Zugang zu Fernseher, Zugang zu Telefon, Angebot des Sozialdienstes, Nutzungsmöglichkeiten der Grünanlagen abgefragt. Auffallend war die hohe Zahl der Befragten, die die Angebote von Sozialdienst (80,4% im **KH I** und zu 96,1% im **KH II**) Gottesdienst und Seelsorge (70,9%

**KH I** und 68,0% **KH II**) und Grünanlagen (73,4% **KH I** und 80,1% **KH II**) nicht genutzt hatten.

Das Angebot im Kiosk wurde von 35,4% der Befragten im **KH I** und von 69,9% im **KH II** nicht in Anspruch genommen. Befragte im **KH I**, die das Angebot genutzt hatten, bewerteten es mit „sehr gut“ (25,9%) und „gut“ (36,7%). Dagegen wurden die Angebote im **KH II** von denen, die sie angenommen hatten, weniger gut bewertet: Nur 1,5% hielten sie für „sehr gut“, 21,4% für gut und 7,3% für weniger gut und nicht gut. Mehr genutzt wurde das Telefon, wobei 42,4% der Befragten im **KH I** und 45,6% im **KH II** den Zugang zum Telefon mit sehr gut und immerhin 34,2% im **KH I** und 17% im **KH II** mit gut beurteilten.

**Tabelle 35: Vergleich der Einzelitems „Zusatzangebote“**

Item		KH I			KH II			Test für unabhängige Stichproben	
		N	MW	sd	N	MW	sd	t	Sig. (2-seitig)
7.3	Angebot des Sozialdienstes	136	1,58	0,28	206	1,88	0,32	11,3	,001
7.4	Angebot im Kiosk	136	1,63	0,45	206	2,24	0,34	-13,6	,001

Im Mittelwertvergleich zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Häusern (s. Tabelle 35): Die Abstimmung der Angebote auf die Wünsche der Patienten im Kiosk (**KH I** 1,63; **KH II** 2,24) und Sozialdienst (**KH I** 1,58; **KH II** 1,88) war im **KH I** deutlich besser als im **KH II**.

### 3.5.8 Gesamturteil des Krankenhausaufenthaltes

Der abschließende Fragenkomplex war auf die Frage gerichtet, wie Patienten den Aufenthalt im Krankenhaus einschätzten. Insgesamt fiel das Urteil in beiden Häusern positiv aus: Die **ärztliche Betreuung** (s. Tabelle 36) wurde von fast zwei Drittel (62,7% **KH I** und 62,1% **KH II**) der Patienten mit „sehr gut“ beurteilt, 34,8% (**KH I**) und 36,4% (**KH II**) der Patienten bewerteten ihn mit „gut“, nur 1,9% (**KH I**) und 1,5% (**KH II**) der Befragten fanden die ärztliche Betreuung „weniger gut“.

**Tabelle 36: Gesamturteil zum Krankenhausaufenthalt (Angaben in Prozent)**

		KH I						KH II					
I-tem	Einzelitems	Keine Angaben	Sehr gut	gut	weniger gut	nicht gut	Gesamt n	Keine Angaben	Sehr gut	gut	weniger gut	nicht gut	Gesamt n
8.1	Die Betreuung durch die Ärzte/Ärztinnen war:	0,6	62,7	34,8	1,9	0,0	100% n=158	-	62,1	36,4	1,5	-	100% n=206
8.2	Die Betreuung durch die Schwestern/Pfleger war:	0,6	70,9	27,9	0,6	0,0	100% n=158	-	73,3	26,2	0,5	-	100% n=206
8.3	Die Betreuung durch die Mitarbeiter/ Mitarbeiterinnen der Funktionsabteilungen war:	0,6	47,4	46,2	3,2	0,6	100% n=158	3,4	56,8	37,4	2,4	-	100% n=206

Das Urteil der **pflegerischen Betreuung** zeigte gute Ergebnisse: Fast drei Viertel der Patienten (70,9% **KH I** und 73,3% **KH II**) bewerteten sie mit „sehr gut“, 27,9% (**KH I**) und 26,2% (**KH II**) mit „gut“ (s. Tabelle 36).

Die Frage, ob der Patient falls – erforderlich – wieder in das Krankenhaus kommen würde, beantworteten mehr als vier Fünftel der Patienten (79,1% **KH I** und 80,6% **KH II**) mit „ja“, 19% (**KH I**) bzw. 18% (**KH II**) der Patienten mit „wahrscheinlich ja“. und nur 1% Patienten in beiden Krankenhäusern mit „wahrscheinlich nicht“. Kein Patient antwortete mit „nein“.

- 
- <sup>1</sup> Satzinger, W. (1998): Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle der Erhebungsverfahren bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.) (1998): Experten fragen- Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. Hippe. S. 101 – 108
  - <sup>2</sup> Phillips, D. L. (1971): Knowledge from what? Chicago
  - <sup>3</sup> Kaase, M.; Ott, W.; Scheuch, E. K. (1983): Empirische Sozialforschung in der modernen Gesellschaft. Frankfurt
  - <sup>4</sup> Schnell, R. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. völlig überarb. und erw. Aufl. München; Wien: Oldenbourg
  - <sup>5</sup> Rieder, K. (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege. Weinheim: Juventa-Verlag
  - <sup>6</sup> Delbanco, T. (1998): Through the patient's eyes: learning from patient and looking forward. In: Ruprecht (Hrsg.) (1998): Experten fragen- Patienten antworten: patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. Hippe. S. 31 – 35
  - <sup>7</sup> Flick, U. (1992a) : Entzauberung der Intuition. Triangulation von Methoden und Datenquellen als Strategie der Geltungsbegründung und Absicherung von Interpretationen. In: Hoffmeyer-Zlotnik, J. (Hrsg): Analyse qualitativer Daten. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 11 - 55
  - <sup>8</sup> Jick, T. (1983): Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. In: Maanen, J. v. (Hrsg.) Qualitative Methodology. London: Sage. S. 135 - 148
  - <sup>9</sup> Flick, U. (1999): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 4. Aufl. Reinbeck bei Hamburg; Rowohlt's Enzyklopädie
  - <sup>10</sup> Gadmer, H.-G. (1970): Philosophisches Lesebuch. Originalausgabe. Frankfurt am Main; Hamburg: Fisher Bücherei
  - <sup>11</sup> Das Untersuchungsfeld hat keine offiziell ausgewiesene Ethikkommission. Bei ethischen Fragestellungen berät das Direktorium sowie der Geistliche des Hauses.
  - <sup>12</sup> Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus
  - <sup>13</sup> Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. [Hrsg.]: Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz. S. 227 – 256
  - <sup>14</sup> Rieder, K. (1999): a.a.O. (vgl. FN 5)
  - <sup>15</sup> Mayring, P. (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union
  - <sup>16</sup> Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E. (1999): Datenerhebungstechniken. In: Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. völlig überarb. und erw. Aufl. München; Wien: Oldenbourg
  - <sup>17</sup> Flick, U. (1999): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg; Rowohlt's Enzyklopädie
  - <sup>18</sup> Atteslander, P. (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin; New York: de Gruyter Studienbuch
  - <sup>19</sup> Scheuch, E. (1973): Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg) (1973): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 2 Grundlegende Methoden und Techniken, 1. Teil – tb – Stuttgart. S. 66– 199
  - <sup>20</sup> Flick, U. (1999): a.a.O. (vgl. FN 9)

- 
- <sup>21</sup> Atteslander, P. (2000): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>22</sup> Rieder, K. (1999): a.a.O. (vgl. FN 5)
- <sup>23</sup> Bei der Interviewerin handelt es sich um eine examinierte Krankenschwester und in der Ausbildung zur Pflegedienstleitung vorübergehend im Hause tätige Praktikantin, die nach dem Konzept von Oesterreich und Volpert (1987) als "hinreichend geübt, idealtypische" Pflegende gilt und die Krankenhausbedingungen beurteilen konnte.
- <sup>24</sup> Atteslander, P. (2000): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>25</sup> Mayring, P. (1999): a.a.O. (vgl. FN 15)
- <sup>26</sup> Mayring, P. (1995): Analyseverfahren erhobener Daten. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Keupp, H.; Rosenstiel, L. v.; Wolff, S. [Hrsg.]: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union, Beltz
- <sup>27</sup> Mayring, P. (1997): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz
- <sup>28</sup> Hildebrand, R. (1999): Das bessere Krankenhaus. Total Quality planen, umsetzen, managen. Neuwied; Kriftel: Luchterhand
- <sup>29</sup> Sitzia, J.; Wood, N. (1998): Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. International Journal for Quality. In Health care. 10. S. 311-317
- <sup>30</sup> Delbanco, Th. ist Leiter der Abteilung für General Medicine und Primary Care am Beth-Israel-Hospital in Boston/USA, einem Lehrkrankenhaus der Harvard Medical School. 1987 gründete er das „Picker-Commonwealth Program for Patient Centred Care“.
- <sup>31</sup> Straub, C; Arnold, M.M.; Selbmann H.K. (1998): Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus. Bericht Nr. 1. Institut für Med. Informationsverarbeitung der Universität Tübingen
- <sup>32</sup> ebenda
- <sup>33</sup> Wie der neu entwickelte Fragebogen beeinflusst wurde, geht aus einer Übersicht hervor, die auf Wunsch bei der Autorin eingesehen werden kann.
- <sup>34</sup> Bortz, J., Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. 2. vollst. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer
- <sup>35</sup> Satzinger, W. (1998): a.a.O. (vgl. FN 1)
- <sup>36</sup> Struppe, M.; Satzinger, W. (2001): Eine methodische Grundvariante von Patientenbefragungen: Der ereignisorientierte Ansatz. In: Satzinger, W.; Trojan, A.; Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.) (2001): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. S. 285-290
- <sup>37</sup> Satzinger, W.; Raspe, H. (2001): Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten. (In: Satzinger, W Trojan, A.; Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.) (2001): ebenda. S. 41-80
- <sup>38</sup> Atteslander, P. (2000): a.a.O. (vgl. FN 18)
- <sup>39</sup> Die Dokumente mit Zusatzinformationen können auf Wunsch eingesehen werden.
- <sup>40</sup> Bortz, J.; Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin; Heidelberg; New York: Springer



## 4 Diskussion

Zunächst werden die Untersuchungsergebnisse interpretiert um danach Empfehlungen für Praxis zu geben und weiterführende Resultate und Fragestellungen abzuleiten.

### 4.1 Untersuchungsergebnisse

Die Auswertung erfolgte unter der Annahme, dass es sich bei den Antworten „trifft voll zu“ um ein hohes Maß an Patientenorientierung handelt, das im Ergebnis gehalten und im Unternehmen gesichert werden sollte. Alle Antworten in den Kategorien „trifft zum Teil zu“; „trifft wenig zu“ und „trifft überhaupt nicht zu“ wurden als Hinweis auf Verbesserungsbedarf interpretiert. Im Einzelfall müssen sie weiteren Analysen unterzogen werden, um gezielte Maßnahmen zu Veränderung einleiten zu können.

Die Ergebnisse lassen sich zusammenfassend wie folgt beschreiben: An der Befragung nahmen im *KH I* insgesamt 158 Patienten teil, im *KH II* waren es 206 Patienten. Sie befanden sich im Durchschnitt sechs Tage in Krankenhausbehandlung, was leicht unter der ausgewiesenen mittleren Verweildauer der beiden Krankenhäuser liegt. Die Untersuchungsfelder waren in Größe, Struktur sowie und z. T. in Managementprozessen vergleichbar. Die Patienten waren in beiden Häusern zu einem hohen Anteil von Haus- und Fachärzten eingewiesen worden. Vor diesem Hintergrund kann eine hohe Akzeptanz der Zuweiser vermutet werden.

„Begleitet“ man die Patienten in ihrer Wahrnehmung von der Aufnahme bis zur Entlassung, so wird deutlich: Ein hoher Anteil der Patienten wurde in beiden Krankenhäusern freundlich empfangen, bekam die notwendige Unterstützung in allen Fragen und Angelegenheiten, wurde aufgeklärt und informiert, ernst genommen. Außerdem wurde darauf geachtet, dass Patienten keine Schmerzen hatten. Dennoch gab es in allen Bereichen deutliche Hinweise auf Verbesserungsbedarf.

So könnte im Bereich der Aufnahme eine Verbesserung bewirkt werden, wenn es gelänge, die Patienten freundlicher zu empfangen und ihnen die notwendige Unterstützung zu geben. Vor dem Hintergrund der Interviewergebnisse, bei denen Patienten angaben, besonderen Wert auf Freundlichkeit im Krankenhaus zu legen und rasche Hilfe zu bekommen, scheint der erste Eindruck entscheidend für den weiteren Aufenthalt, die Vertrauensbildung und den Verlauf der Patienten-/Kundenbindung zum Krankenhaus zu sein. Mitarbeiter im Empfangsbereich sollten daher speziell geschult werden, um individuell auf Patienten-/Kundenerwartungen und -wünsche eingehen zu können.

Es sollte außerdem geprüft werden, ob die Erledigung von Formalitäten für den Patienten vereinfacht und optimiert werden kann. Darüber hinaus könnte eine Analyse der Abläufe bei der Aufnahme von Patienten wichtige Hinweise auf Verbesserungsmöglichkeiten geben.

**Bauliche Gegebenheiten** (z.B. fehlende Dusche und WC im Zimmer, renovierungsbedürftige Räume und verbesserungswürdige Beschilderung) gaben besonders im Krankenhaus II Anlass zu Kritik von Patienten; sie wurden überwiegend als wünschenswerte Verbesserungen kommuniziert.

Die Wege im Krankenhaus wurden von jedem dritten Patienten im *KH II* als teilweise, wenig oder überhaupt nicht übersichtlich bewertet. *KH I* erzielte bessere Ergebnisse. Hier scheint generell dringender Bedarf zu bestehen, es sollte aber geprüft werden, ob es sich hierbei um einen organisatorischen oder informatorischen Bedarf handelt. Eine gute und übersichtliche Beschilderung kann Patienten gerade in den ersten Tagen das Gefühl von Sicherheit im Krankenhaus geben.

Der hier als signifikant identifizierte Unterschied zwischen den beiden Untersuchungsfeldern lässt einen Zusammenhang mit im *KH I* zum Untersuchungszeitraum bereits abgeschlossenen, umfassenden Modernisierungs- und Sanierungsmaßnahmen vermuten. Es ist zu erwarten, dass durch die zu diesem Zeitpunkt im *KH II* bereits geplanten Maßnahmen Verbesserungen erreicht werden. Aber auch im *KH I* sollte nach Optimierungsmöglichkeiten bei der Ausschilderung gesucht werden.

Generell auffallend waren die Ergebnisse im **kommunikativen und interaktiven Bereich** bei allen Berufsgruppen. Offensichtlich vermissten Patienten – wie aus den Daten hervorgeht - aufklärende und informierende Gespräche.

Trotz einer insgesamt guten Bewertung der Pflege zeigten sich in beiden Häusern Hinweise auf Verbesserungsbedarf: Die Patienten wurden von Mitarbeitern zwar nach ihren Beschwerden gefragt und die Befragten waren der Meinung, dass Pflegendes Interesse an ihrem Befinden zeigten. Weniger wurden aber Lebensgewohnheiten der Patienten berücksichtigt. Dies betraf auch den Bereich der Evaluation von Pflegemaßnahmen und Behandlung sowie eine Rückmeldung der Einschätzungsergebnisse an den Patienten. Auch die pflegerische Anamnese (Frage nach Patienten-Erfahrungen mit der Erkrankung) im Rahmen eines patientenorientierten Pflegesystems weist Defizite auf.

Hier war zwar nicht auszuschließen, dass Patienten solche Einschätzungsvorgänge oder Fragen von Pflegenden aufgrund ihrer eigenen Kommunikationsmuster nicht wahrnehmen oder erkennen, andererseits besteht durchaus die Möglichkeit, dass tatsächliche Defizite vorlagen. Vor dem Hintergrund, dass patientenorientierte Pflege u. a. die Erwartungen und Erfahrungen sowie die Lebensgewohnheiten eines Patienten berücksichtigt, sollte eine gezielte Suche nach Gründen für die Wahrnehmung der Patienten erfolgen. Dabei müsste geprüft werden, ob es sich um Defizite in der Kommunikation handelt und Patienten die an sie gerichteten Fragen oder das entgegengebrachte Interesse nicht entsprechend bewerten, oder ob die Fragen nicht eindeutig und verständlich an die Patienten gerichtet werden. Als weitere Möglichkeit käme in Betracht, dass Patienten tatsächlich gar nicht nach ihren Erwartungen, Erfahrungen, ihrem Befinden oder nach erfolgten Pflegemaßnahmen befragt wurden. Zur Klärung könnten bei-

spielsweise Interviews Aufschluss geben, in denen die Kommunikationsstrukturen zum Komplex „das pflegerische Fachgespräch mit Patienten“ analysiert werden.

Der gesamte Bereich der **Interaktion mit dem Patienten** zeigte in beiden Häusern gute Ergebnisse. Patienten stimmten in hohem Maße den Fragen zu, bei denen es darum ging, ob auf ihr Wohlbefinden geachtet, für genügend Ruhe gesorgt, Maßnahmen überprüft, Unterstützung angeboten und ihre Unabhängigkeit gefördert wurde. In beiden Häusern gaben nahezu neunzig Prozent aller Befragten an, respektvolles und aufmunterndes Verhalten und Verlässlichkeit der Pflegenden erlebt zu haben.

Gerade diese Ergebnisse weisen – wie die u. a. die Begriffsbestimmung zur Patientenorientierung (vgl. Kap. 2.3) gezeigt hat - deutlich auf ein hohes Maß an Patientenorientierung und die Erfüllung der Indikatoren hin. Sie sind daneben entscheidend für das Image der Pflege, denn es ist davon auszugehen, dass Patienten darüber außerhalb des Krankenhauses bei Verwandten, Freunden und Bekannten berichten. Ein Indiz hierfür könnte die Zusatzbemerkung eines Patienten sein, der seine Einschätzung wie folgt formulierte: „Das gesamte Pflegepersonal, sowie die Ärzte, die mich während meines Krankenhausaufenthaltes versorgt und betreut haben, sind über alle Maßen freundlich, fürsorglich und liebenswert. Manches andere Krankenhaus, welches ich bisher kennen gelernt habe, könnte hier einiges, bzw. müsste einiges übernehmen.“(KH I, Patient 101)

Insgesamt erzielt der Bereich der Pflegerischen Betreuung aus Sicht der Patienten in beiden Häusern gute Ergebnisse. Mit den vorgeschlagen Maßnahmen könnten Schwachstellen weiter identifiziert und geeignete Maßnahmen zu Optimierung abgeleitet werden.

Anders als der Pflegebereich wurde der Bereich der **ärztlichen Leistungen** bewertet. Die Befragung zeigt signifikante Unterschiede zwischen beiden Untersuchungsfeldern. Während der Umgang mit den Patienten von mehr als vier Fünftel der Befragten als respektvoll bewertet wurde und ein hoher Prozentsatz angab, Vertrauen zu Ärzten zu haben, hatte im *KH II* nur die Hälfte der Patienten den Eindruck einer individuellen, auf sie abgestimmten Behandlung. Eine individuelle Behandlung ist jedoch - wie aus den Interviews erkennbar wurde – für Patienten von hoher Bedeutung und trägt erheblich zur Vertrauensbildung bei. Das gleiche gilt für die Einschätzung von je einem Fünftel der Patienten, die der Meinung waren, nur teilweise oder wenig mit ihren Bedürfnissen ernst genommen worden zu sein. Hier sollte also geklärt werden, um welche Bedürfnisse es sich handelt und warum sie nicht erfüllt wurden oder erfüllt werden konnten.

Bei der Information über **ärztliche Zuständigkeiten** und bei der Berücksichtigung individueller Informationsbedürfnisse zeigten sich signifikante Unterschiede in den beiden Untersuchungsfeldern. Besonders im *KH II* schienen Patienten konkrete Ansprechpartner sowie Beratung und Aufklärung zu Untersuchungen und zukünftigen Verhaltenserfordernissen zu vermissen. Die Notwendigkeit von Information und Beratung durch die Ärzte hat nicht nur Bedeutung für den Anspruch, der sich aus den Zielen von Patientenorientierung und der jeweiligen Unternehmenskultur ergibt, sondern hat vor allem auch

haftungsrechtliche Gesichtspunkte: Ärztliche Mitarbeiter sind durch den Behandlungsvertrag des Patienten zur Information und Beratung verpflichtet.

Im Vergleich zu *KH II* gaben im *KH I* mehr Befragte an, zu wissen, welcher Arzt für die zuständig war, wobei dies signifikant für die Abteilungen Gynäkologie/Geburtshilfe und Chirurgie zutraf. Grund für die besseren Ergebnisse im *KH I* könnten Personalentwicklungsmaßnahmen sein, die hier im Zuge des vorgestellten Modellprojekts durchgeführt wurden und auf die Verbesserung von Kommunikation und Interaktion der Mitarbeiter mit dem Patienten ausgerichtet waren. Besonders im *KH II* erwies sich eine bessere Patienteninformation - u. a. über Dienst-, Operations- und Entlassungsplanungen – als erforderlich. Individuelle Wünsche zur Aufklärung von Angehörigen wurden in der Patientenwahrnehmung offensichtlich wenig berücksichtigt.

Es sollten gezielte Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden, die den Patienten ein konsistentes Bild der ärztlichen Leistungen vermitteln, ihnen Sicherheit bieten, Vertrauen aufbauen und das sie darüber hinaus außerhalb des Hauses kommunizieren können.

Hierfür sollten - wie dies in der Pflege auch geschieht – Zuständigkeiten von Ärzten durch eine gezielte Dienstplanung festgelegt und dem Patienten mitgeteilt werden. In den operativen Abteilungen steht bereits am Vortag - abgesehen von Notoperationen – fest, welche Operationen durchgeführt werden. Damit ist in der Regel auch festgelegt, wann welcher Arzt für die Patienten zuständig und ansprechbar ist. Ablaufanalysen in allen anderen medizinischen Fachgebieten könnten zu einer genaueren Planung des Tagesablaufs führen, auf deren Basis dann konkrete Absprachen zwischen Patient und Arzt getroffen werden könnten.

Daneben sollte überlegt werden, ob sog. Patientensprechstunden im Krankenhaus eingerichtet werden. Dabei wären feste Zeiten pro Tag wünschenswert, in denen Patienten die Möglichkeit bekommen, Fragen zu stellen und Informationen einzuholen.

Außerdem könnten Kommunikationstrainings für das ärztliche Personal angeboten werden. Ein nicht geringer Teil der Patienten vermisst oftmals, wie Zusatzinformationen zeigen, eine einfache und verständliche Sprache bei der Aufklärung durch Ärzte.

Unterstützt werden könnte die persönliche Kommunikation von Ärzten zudem durch verständliche und ansprechende Informationsbroschüren, Informationsfilme, oder Informationsveranstaltungen und Diskussionsforen.

Zwar erhielten die **Funktionsabteilungen** vor allem im Bereich der Organisation (Wartezeiten) in beiden Häusern eine gute Bewertung; dennoch gaben fast ein Fünftel aller Patienten an, warten zu müssen. Trotz der Möglichkeit, genaue Wartezeiten im Fragebogen anzugeben, konnten nur einzelne Aufschlüsse über die tatsächlichen Wartezeiten gewonnen werden. Dies deutet auf einen hohen Grad subjektiv empfundener, nicht unbedingt realer Wartezeit hin. Vor dem Hintergrund, dass Patienten besonderen Wert darauf legen, nicht lange warten zu müssen, sollte das interne und externe Terminma-

nagement überprüft, Auslastungs- und Bedarfsanalysen durchgeführt, Vereinbarungen über Abläufe und Terminierungen getroffen, alle Verantwortlichen darüber informiert, Veränderungen eingeleitet und nach einem definierten Erprobungszeitraum evaluiert werden. Da sich Wartezeiten aber nicht generell vermeiden lassen, könnten eine ansprechende Gestaltung der Wartezonen, Informationen über Verzögerungen, Unterhaltungsangebote wie Musikangebote (Kopfhörer) in Wartebereichen, Informationsfilme, die bei Bedarf abgerufen werden können, Zeitschriften und Getränke hilfreich sein, um der subjektiven Wahrnehmung entgegen zuwirken.

Als problematisch erwies sich die Aufklärung über das Procedere sowie die Wahrung der Intimsphäre der Patienten bei der Untersuchung/Behandlung in beiden Häusern zu sein. Auch wenn nahezu drei Viertel der Befragten im *KH I* und zwei Drittel im *KH II* der Meinung waren, ihre Intimsphäre sei gewahrt worden, so müssen gerade die Patienten beachtet werden, die keine positive Erfahrung mitgeteilt hatten. Da es nicht immer möglich ist, die Intimsphäre zu schützen, wäre es hier ratsam, mit dem Patienten gemeinsam zu überlegen, wie eine individuelle Lösung gefunden werden kann. Handlungsbedarf zeigte sich auch bei der Aufklärung über die Vorgehensweise bei Untersuchungen. Hier könnte durch Aufklärung und Information in hohem Maße zur Angstminderung der Patienten beigetragen werden.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen auch die Informationen über das Verhalten von Mitarbeitern des Funktionsdienstes während der Untersuchung/Behandlung sowie die Einbindung der Patienten in den Behandlungsprozess. Nur knapp die Hälfte der befragten Männer und Frauen im *KH II* gaben an, über Maßnahmen bei der Untersuchung/Behandlung aufgeklärt worden zu sein; im *KH I* waren es auch nur etwas mehr als zwei Drittel. Zwar gab ein hoher Anteil der Patienten an, Mitarbeiter hätten sich bemüht, ihnen die Angst vor der Untersuchung zu nehmen, fast dreißig Prozent im *KH I* bzw. gar ein Drittel im *KH II* stimmten dem aber nur teilweise oder wenig zu. Fast ein Fünftel aller Patienten in beiden Häusern konnte einem respektvollen Umgang nicht voll zustimmen. Zudem stellte etwa ein Fünftel fest, dass nur teilweise oder wenig auf Schmerzfreiheit bei der Untersuchung oder Behandlung geachtet worden sei. Auf Schmerzfreiheit und Aufklärung legen Patienten, wie der qualitative Teil der vorliegenden Studie zeigt, allerdings besonderen Wert.

Mittels verständlicher Information und Aufklärung sollten Patienten in den Behandlungsprozess eingebunden und einbezogen werden, um damit einem – wie die Interviewergebnisse und die Ausführungen zu Wittneben gezeigt haben – zentralen Anliegen der Patientenorientierung zu entsprechen. Hierdurch könnte ein Beitrag zur Angstminderung bei Patienten geleistet werden. Der vorhandenen Kritik „Mangel an respektvollem Umgang mit Patienten“ könnte so vermutlich begegnet werden. Verbesserungen könnten etwa durch Kommunikationsschulungen zur spezifischen Situation von Patienten vor, während und nach einer Untersuchung oder Behandlung erzielt werden.

Danach befragt, ob Patienten ein **Abschlussgespräch** mit den Mitarbeitern der jeweiligen Berufsgruppen wünschen, zeigten sich beachtenswerte Ergebnisse:

Bei den insgesamt niedrigen Zustimmungswerten gab es beim Pflegedienst einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Häusern. Nahezu jeder zweite Patient im *KH I*, aber nur ein Drittel aller Befragten im *KH II*, wollten ein Abschlussgespräch mit den Pflegenden führen. Im Vergleich dazu legten nahezu alle Befragten Wert auf ein Abschlussgespräch mit dem Arzt. Abschlussgespräche mit dem Sozialdienst wurden nur von einem geringen Anteil der Befragten gewünscht.

Diese Ergebnisse lassen mehrere Interpretationen zu: Durch die Nähe der Pflegenden zum Patienten und die Häufigkeit der Patientenkontakte kann angenommen werden, dass bereits im Pflege- und Behandlungsprozess Fragen abschließend geklärt werden können. Vor diesem Hintergrund könnte man davon ausgehen, dass tatsächlich kein Bedarf an einem Abschlussgespräch besteht und damit auch kein Veränderungsbedarf. Anders wäre dies bei der Annahme, dass Patienten das Informationsangebot nicht kennen, das Pflegende für sie bereithalten oder dies zwar kennen, es aber nicht schätzen oder für nicht wichtig halten. Es könnte aber auch bedeuten, dass sie Pflegenden keine medizinisch relevante Kompetenz zumessen. Hierzu wäre eine genauere Untersuchung lohnend.

Anders stellt sich dies bei Medizинern dar. Häufig finden Patientenkontakte nur zur direkten Diagnostik und Therapie oder bei Visiten statt. Nicht selten fehlen zeitliche Ressourcen, über diese Kontakte hinaus Gespräche mit dem Patienten zu führen. Das Ergebnis der Befragung zeigt sehr deutlich den Wunsch an Information und Kommunikation mit dem Arzt. Wie oben bereits erwähnt, könnte eine institutionalisierte Arztgesprächsstunde eine Optimierung bringen.

Die geringe Nachfrage nach einem Abschlussgespräch mit dem Sozialdienst lässt sich aus dem Umstand erklären, dass nicht jeder Patient ein Problem hat, das mit dem Sozialdienst zu besprechen ist. In der Regel sind Patienten, die Beratung benötigen, ohnehin hinreichend durch den Sozialdienst aufgeklärt. Diese Annahme sollte jedoch genauer untersucht werden.

Der gesamte Bereich der **Zusatzangebote** wurde offensichtlich in beiden Häusern wenig in Anspruch genommen. Genauer untersucht zeigt sich, dass Patienten die Angebote im *KH I* besser annehmen als im *KH II*. Insgesamt sollte geprüft werden, aus welchem Grund die Zusatzangebote wenig angenommen und ob dort, wo sie genutzt werden, spezielle Maßnahmen getroffen wurden: Wie werden die Angebote präsentiert, sind sie hinreichend bekannt? Sind die Patienten mobil genug um die Angebote anzunehmen; wie ist die Qualität der Angebote; orientieren sie sich am Bedarf des Patienten? Prinzipiell wäre allerdings die Frage zu klären, ob Patienten überhaupt die Zusatzangebote brauchen und wollen, oder ob sich es bei der Kürze der Aufenthalte im Krankenhaus vielleicht um ein Zuviel handelt. Eine weiterführende Analyse könnte Aufschluss darüber geben.

**Das insgesamt gute Gesamturteil** zur ärztlichen und pflegerischen Betreuung, sowie die Tatsache, dass rund vier Fünftel der Befragten *sicher* und die übrigen Patienten in beiden Krankenhäusern *wahrscheinlich* wiederkommen würden, spricht dafür, dass Patienten offensichtlich Vertrauen zu den Leistungen beider Krankenhäuser hatten. Es kann angenommen werden, dass die befragten Personen trotz der räumlichen Nähe von Konkurrenzkrankenhäusern eine hohe Bindung zu den beiden Untersuchungsfeldern hatten. Diese Annahme könnte auch auf die Haus- und Fachärzte zutreffen, die durch ihr Einweisungsverhalten signalisieren, von den Leistungen der Krankenhäuser überzeugt zu sein. Eine Befragung der niedergelassenen Ärzte könnte hier genaueren Aufschluss geben. Dabei könnte gleichzeitig geprüft werden, ob und wie sich die Zusammenarbeit optimieren ließe.

Ein Anliegen der Patienten sollte positiv aufgegriffen werden. Da im *KH I* fast drei Viertel und im *KH II* nahezu jeder zweite Patient das Krankenhauspersonal anrufen möchte, wenn nach der Entlassung noch Fragen bestehen, sollte ein Patiententelefon eingerichtet werden, an dem Experten für Fragen zur Verfügung stehen. Dieses Ergebnis weist deutlich auf Möglichkeiten für den Ausbau einer stärkeren Kundenbindung hin.

Auch wenn hier Verbesserungsbedarf aufgezeigt und diskutiert wurde, vermittelt die Befragung der Patienten insgesamt positive Eindrücke von beiden Krankenhäusern. Dies soll abschließend stellvertretend das Zitat eines Patienten belegen, der zur Frage, was ihm besonders gefallen habe, angab:

„Man sorgt sich nicht nur um die Krankheit, sondern um die ganze Person.“ (KH II, Pat. 110)

### **Anmerkung zu den Untersuchungsergebnissen**

Die Ergebnisse der Studie wurden den Verantwortlichen der untersuchten Häuser zeitnah als Bericht zugeleitet und als Verbesserungshinweise in das vorhandene Qualitätsmanagementsystem aufgenommen. Im Krankenhaus I wurden Baumaßnahmen vorgenommen, ein Corporate Design mit entsprechender Kleiderordnung eingeführt, ein neues Wegeleitsystem implementiert und ein Qualitätsmanagementsystem aufgebaut, in dem die aufgezeigten Aspekte Berücksichtigung fanden. Außerdem wurden Personalentwicklungsmaßnahmen zur Verbesserung der Kommunikationsstrukturen eingeleitet. Das Krankenhaus befindet sich derzeit in der Selbstbewertungsphase als Vorbereitung auf eine Zertifizierung. Im Krankenhaus II wurden umfassende Sanierungs-, Umstrukturierungs-, und Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt, für die die Studie Hinweise geliefert hatte. Es ist seit 2002 zertifiziert und befindet sich bereits in der ersten Re-Zertifizierungsphase.

## **4.2 Empfehlungen für Praxis und weiterführende Fragestellungen**

Zur Optimierung der Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal im Krankenhaus können als Resultat dieser Studie folgende **Empfehlungen für die Praxis** ausgesprochen werden:

1. Die Aufnahme im Krankenhaus sollte patientenorientiert gestaltet werden, indem Patienten nicht nur freundlich empfangen, sondern bei Bedarf auch auf dem ersten Weg durch das Krankenhaus begleitet werden. Ein Patientenbegleitservice könnte dem Patienten bereits in den ersten Minuten das Gefühl der Geborgenheit, des Willkommenseins und der Sicherheit vermitteln.
2. Patienten wollen und brauchen gezielte Informationen über Ansprechpartner. Dem beratenden und aufklärenden Patientengespräch in verständlicher Sprache muss dabei besonders entsprochen werden. Sprechzeiten für Rücksprachen z. B. mit Ärzten, Pflegenden oder Therapeuten sollten institutionalisiert werden. Unterstützend könnten hier beispielsweise auch Visitenkarten wirken, die dem Patienten beim Erstgespräch aushändigte werden.
3. Ein telefonischer Beratungsservice vom Krankenhaus für Patienten, Angehörige, aber auch für Bürger könnte die Bindung an das Haus fördern.
4. Ein stringentes Corporate Design im Krankenhaus, bei dem Mitarbeiter z. B. Namensschilder und Kleidung tragen, mit der Funktionen erkennbar werden, könnte dem Patienten eine wirksame Orientierungshilfe sein. (So könnten etwa Auszubildende durch Farbelemente an der Kleidung vom Fachpersonal unterschieden werden). Dasselbe gilt auch für entsprechende Informationsmaterialien, die dem Patienten zur Verfügung gestellt werden könnten.
5. Krankenhäuser sollten Wegeleistsysteme anbringen, die „mit den Augen eines Patienten“ gestaltet und leicht zu erfassen sind (verständliche Symbole, gut lesbare Schrift, übersichtliche, sinnvolle und zweckmäßige Anbringung). Bei der Planung und Realisierung sollten Patienten befragt und eingebunden werden.
6. Freundliche, helle Räumlichkeiten und eine patientenfreundliche Ausstattung (z. B. komfortable und leicht bedienbare Betten) könnten das Wohlbefinden erhöhen.
7. Serviceangebote sollten an den Bedarf der Patienten angepasst werden und ggf. auch unausgesprochene Erwartungen erfüllen (z. B. eine kostenlose Tageszeitung).

Aus den Untersuchungsergebnissen können folgende **weiterführende Resultate und Fragestellungen** abgeleitet werden:

1. Das hier vorgestellte Befragungsinstrument eignet sich zur präzisen Anpassung an zu befragende Patientengruppen: Bei Befragungen von Frauen in der Geburtshilfe z. B. sollte nicht vom Umgang „mit der Erkrankung“ gesprochen werden, sondern besser von den „Beschwerden nach der Geburt“. Im Allgemeinen verstehen sich Wöchnerinnen nicht als Patientinnen, sondern als gesunde Frauen, die ein Kind zur Welt gebracht und dadurch Beschwerden haben.
2. Der sichtbar hohe Bedarf an Abschlussgesprächen mit Ärzten weist auf ein wichtiges Anliegen der Patienten hin. Bei der Befragung blieb allerdings offen, ob diese Leistung tatsächlich erbracht wurde oder nicht. Deshalb sollte der Katalog um die Frage: „Konnten Sie ein Abschlussgespräche mit dem Arzt führen“ erweitert werden, um so wichtige Hinweise zu bekommen, ob diesem Anliegen der Patienten entsprochen wurde.
3. In zusätzlichen Studien sollte die Möglichkeit zur Beteiligung schwerstpflegebedürftiger und in ihrer Mitteilungsfähigkeit eingeschränkter Patienten an einer solchen Erhebung geklärt und entsprechende Instrumente entwickelt werden. Dies erscheint unter



zwei Gesichtspunkten als sinnvoll: Zum einen nimmt seit Jahren der Anteil schwerstpflegebedürftiger Patienten im Krankenhaus zu, so dass von einer statistisch signifikanten Gruppe ausgegangen werden muss. Zum anderen sind gerade diese Patienten in höchstem Maße von der Qualität der Leistungen und dem Grad der Patientenorientierung der Mitarbeiter im Krankenhaus abhängig. Deshalb sollte untersucht werden, in wie weit die Erfahrungen, Einschätzungen und Bewertungen dieser Gruppe mittels einer Anpassung der Erhebungsmethode (Interview statt Fragebogen, visualisierte Hilfen, Patientenbeobachtungen oder Analysen von Pflegedokumenten sowie Anpassung des Befragungszeitpunktes und Befragungen von Angehörigen) erfasst werden können.

4. Um die Interpretation der Ergebnisse und die Ableitung von Managementaufgaben zu vereinfachen, könnte das Instrument um die Abfrage der Wichtigkeit von (ausgewählten) Items ergänzt werden. So könnten die Prioritäten der Patienten noch genauer identifiziert und hierarchisiert werden und dem Management als Orientierungs- und Interpretationshilfe dienen, mit der Handlungsbedarf leichter identifiziert werden kann. Dies ist allerdings nicht unproblematisch: Während das Befragungsinstrument prinzipiell auf eine gleichberechtigte Untersuchung von Medizin, Pflege, Funktionsdiensten und Struktur eines Hauses angelegt ist, also Schwachstellen auf allen Ebenen gleichermaßen aufdecken soll, besteht dann die Gefahr, dass die Ergebnisse vom (berechtigten) Wunsch der Patienten nach der „bestmöglichen Behandlung“ (womit in der Regel im Laienverständnis der ärztliche Dienst gemeint ist) beeinflusst werden.
5. Das Ergebnis einer im Zuge dieser Studie durchgeführten vorläufigen Analyse zeigte, dass sich die Indikatoren für Patientenorientierung aus dieser Studie den Dimensionen aus dem Modell von WITTNEBEN zuordnen lassen; dies müsste allerdings eingehender geprüft und mit einer weiterführenden Untersuchung abgesichert werden.
6. Die vorliegende Studie hat sich bewusst auf die an BRUHN angelehnte Dimension „Patientenorientierte Leistungen und Interaktionen“ beschränkt. Notwendig für die Steuerung einer systemübergreifenden Patientenorientierung wären weitere Studien, die die anderen drei Dimensionen: „Patientenorientierte Strukturen, Patientenorientierte Unternehmensphilosophie und Patientenorientierte Systeme“ untersuchen.
7. Zwar wurde mit der vorliegenden Studie der Nachweis erbracht, dass eine derartige Untersuchung mit vorhandenen Mitteln und ohne zusätzliche personelle Ressourcen durchgeführt werden kann. Deshalb empfiehlt sie sich durchaus zu Nachahmung. Dennoch sollte eine Kostenrechnung erstellt werden, um den tatsächlichen Aufwand zu ermitteln.

Als **Resultat** der vorliegenden Studie lässt sich feststellen, dass bei der Analyse patientenorientierter Systeme und patientenorientierter Strukturen Patientenbefragungen wertvolle Hinweise liefern, die zudem als Grundlage für gesonderte Untersuchungen mit angepassten Instrumenten (Mitarbeiterbefragungen, Organisations-, Ablauf- und Prozessanalysen etc.) dienen können. Das hier entwickelte Befragungsinstrument erwies sich als geeignet, strukturelle und prozessuale Schwachstellen in der Patientenorientierung in den untersuchten Häusern darzustellen und im Sinne des Qualitätsmanagements Veränderungspotential gezielt herauszuarbeiten.

Das Instrument ermöglicht zudem die Analyse und den Vergleich einzelner organisatorischer Einheiten (Abteilungen) und Prozesse. Aufgrund der Flexibilität und des modularen Aufbaus sowie der Güte des Instrumentes ist es möglich, Nachbefragungen bzw. qualitätsrelevante Zusatzuntersuchungen in spezifischen Bereichen des Hauses oder von Prozessen vorzunehmen: Es kann sowohl als Erhebungsinstrument zur Einschätzung der Patientenorientierung in organisatorischen Einheiten genutzt werden, wie auch zur spezifischen Darstellung von Interaktions-, Kommunikations-, Pflege- oder Behandlungsprozessen etc.

## 5 Zusammenfassung

Das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik Deutschland steht vor einschneidenden Veränderungen: Ökonomische Restriktionen, Kosten- und Konkurrenzdruck, Strukturveränderungen sowie gestiegene Qualitätsanforderungen stellen das Krankenhausmanagement vor neue Herausforderungen. Mit dem Gesundheitsstrukturreformgesetz 2000 wurden Qualitätssicherung und Patientenorientierung vom Gesetzgeber festgeschrieben. Qualität muss nicht nur bei der Leistungserbringung und gegenüber den Krankenkassen nachgewiesen werden, sondern auch gegenüber dem Leistungsempfänger, dem Patienten. Seine Erwartungen an medizinische und pflegerische Qualität, Dienst- und Serviceleistungen sind – bedingt durch bessere gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung, aber auch durch höhere Eigenbeteiligung und hohe Vorsorgeaufwendungen – gestiegen. Sämtliche Leistungen, Prozesse und Strukturen im Krankenhaus müssen auf diese Ziele hin überprüft und ausgerichtet werden. Die vorliegende Studie greift den Ansatz der Patientenorientierung als Mittel zur Qualitätssicherung, Reorganisation und Optimierung von Strukturen und Prozessen im Krankenhaus auf.

Mit der Studie wurden *vier* Ziele verfolgt: *Erstens* sollte das Konzept der Patientenorientierung geklärt und für weitere Untersuchungen/statistische Erhebungsverfahren operationalisiert werden. *Zweitens* sollten hierfür messbare Indikatoren entwickelt und vorgestellt werden. *Drittens* zielte die Studie auf die Entwicklung und Erprobung eines Befragungsinstrumentes zur Ausprägung von Patientenorientierung, das mit vorhandenen Ressourcen hausintern eingesetzt und ausgewertet werden kann, sowie auf die Überprüfung seiner Güte. *Viertens* sollte auf der Grundlage der gewonnenen Informationen Veränderungsbedarf identifiziert und hieraus Verbesserungsmaßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements abgeleitet werden.

Im Rahmen einer Literaturanalyse erfolgte zunächst eine Abgrenzung der in der pflegewissenschaftlichen Diskussion häufig synonym verwandten Begriffe „Patientenorientierung“ und „Ganzheitlichkeit“. Für den vorliegenden Forschungsgegenstand erschien der Begriff „Ganzheitlich“ wenig geeignet - insbesondere für die Entwicklung eines quantitativen Untersuchungsinstrumentes, die Untersuchung von Indikatoren im Zuge einer vergleichenden Studie, die Abbildung von Unterschieden und die Ableitung von

gezielten Maßnahmen zur Personalentwicklung und Qualitätssicherung. Um Sachverhalte, Strukturen und Prozesse zu klären sowie Möglichkeiten und Grenzen zur Beeinflussung abzubilden - also für die Betrachtung von Einzelprozessen und Subsystemen - erwies sich der Ansatz der „Patientenorientierung“ als geeignet.

In der Diskussion ausgewählter pflegetheoretischer Modelle zur Patientenorientierung, des „integrierten Systems der Kundenorientierung“ von BRUHN sowie der theoretischen Vorarbeiten und praktischen Erfahrungen aus dem der Studie zugrunde liegenden Modellprojekt konnte ein Modell der Patientenorientierung entwickelt und Indikatoren benannt werden.

Diese Indikatoren wurden in einer qualitativen Studie mittels problemzentrierter Patienteninterviews überprüft. Dabei bestätigten sich sowohl der theoretische Ansatz als auch die gewählten Indikatoren. Es erwies sich, dass Patienten unausgesprochene Erwartungen an Strukturen, Systeme, Prozesse und die Kultur im Krankenhaus haben. Besonders wichtig war für die interviewten Patienten der zwischenmenschliche, kommunikative und interaktive Kontakt. Patienten wollen ernst genommen und – wenn erforderlich – unterstützt werden; sie wollen nicht lange warten müssen und möchten individuell informiert und beraten werden. Schließlich wollen sie so behandelt werden, dass sie sich auf das Personal verlassen und ihm vertrauen können – und sie brauchen einen konkreten Ansprechpartner.

Dieser Teil der Studie ließ die Feststellung zu, dass es bei Umstrukturierungsmaßnahmen und in der Praxis pflegerischer, diagnostischer und medizinischer Maßnahmen, beim zwischenmenschlichen Kontakt sowie beim Angebot von Serviceleistungen besonders darum geht, Leistungen in der vom Patienten erwarteten Qualität erkennbar und nachvollziehbar anzubieten und darzustellen.

So wurde im Anschluss an den qualitativen Teil der Studie eine quantitative Befragung durchgeführt mit dem Ziel, den Grad der Patientenorientierung zu messen. Dazu wurde der „Fragebogen zur Erfassung der Ausprägung von Indikatoren der Patientenorientierung im Krankenhaus“ entwickelt und in zwei Krankenhäusern mit vergleichbarer Größe und Struktur eingesetzt. Patienten wurden dazu befragt, ob sie Patientenorientierung im Krankenhaus erleben. In beiden Krankenhäusern wurden die Untersuchungen ohne zusätzlichen Personalbedarf realisiert.

Das Befragungsinstrument wurde statistischen Prüfverfahren unterzogen, erfüllte die Gütekriterien und erbrachte statistisch signifikante Resultate. Mit dem Instrument konnten sowohl der Grad von Patientenorientierung als auch Unterschiede zwischen den Untersuchungsfeldern gemessen werden. Es ermöglicht zudem die Analyse und den Vergleich einzelner organisatorischer Einheiten (Abteilungen) und Prozesse. Aufgrund der Flexibilität und des modularen Aufbaus sowie der Güte des Instrumentes ist es möglich, Nachbefragungen bzw. qualitätsrelevante Zusatzuntersuchungen in spezifischen Bereichen des Hauses oder von Prozessen vorzunehmen: Es kann außerdem als Erhebungsinstrument zur Einschätzung der Patientenorientierung zur spezifischen

Darstellung von Interaktions-, Kommunikations-, Pflege- oder Behandlungsprozessen genutzt werden. Es hat sich gezeigt, dass sowohl das Instrument wie auch das methodische Vorgehen auf andere Häuser übertragbar sind.

Bei der Analyse der erhobenen Daten wurden Defizite deutlich, die Handlungsbedarf anzeigten. Die Ergebnisse wurden beiden Häusern zeitnah vorgelegt und hatten in beiden Untersuchungsfeldern gezielte Verbesserungsmaßnahmen zur Folge. Zudem wurden sie in das laufende Qualitätsmanagementprogramm der Häuser aufgenommen.

Das mehrdimensionale theoretische Konstrukt „Patientenorientierung“ kann, wie die Studie gezeigt hat, durch konkrete Indikatoren markiert und für das Qualitätsmanagement genutzt werden. Patientenorientierung findet immer in einem komplexen System statt, das in seinen Strukturen, Prozessen und Leistungen auf den Patienten ausgerichtet werden muss, damit die Qualitätsansprüche der Patienten erfüllt werden können. So kann Patientenorientierung als Qualitätsmerkmal gesehen werden.

Patientenorientierung bedeutet demnach, dem Patienten zu bieten, was seine Situation erfordert. Voraussetzung dafür ist die professionelle Haltung der Mitarbeiter und die Zusammenarbeit aller Subsysteme in einem komplexen Gesamtsystem.

## Literatur

- Ament- Rambow, C. (1998): Der Patient ist König – oder der Weg zum kundenorientierten Krankenhaus. Patientenzufriedenheit ist Dreh- und Angelpunkt der Arbeit. In: kw 3/98. S. 152 – 158
- Arets, J.; Obex, F.; Vaessen, J.; Wagner, F. (1996): Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt: Neicanos
- Atteslander, P. (2000): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin, New York: de Gruyter Studienbuch
- Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik, und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa-Verlag.
- Badura, B.; Hart, D.; Schellschmidt, H. (1999): Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos
- Badura, B. (2002): Der Rollenwechsel von BürgerInnen und PatientInnen im Gesundheitswesen – Zukunftsvision für ein Partnerschaftsmodell. Online in Internet: URL: <http://www.agenda21.nrw.de/download/redebadura.pdf> [15. März 2002]
- Bartholomeyczik, S. (1986): Gesundheit als Voraussetzung patientenorientierter Krankenpflege. Krankenpflege, 5. S. 178-180
- Bartholomeyczik, S. (1992): Humanität und Wirtschaftlichkeit- zukunftsorientierte Aufgabe der Pflegeberufe. In: Krankenpflege 9. S. 516 – 518
- Bauer, I. (1996): Die Privatsphäre des Patienten. Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Bell, A.; Becher, A. (1998a): Beratung in der Pflege. In: Bleses, H. (1998a): Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH. Pflegefachzeitschrift. 50. Jahrgang 2/98. Stuttgart: Kohlhammer. Beilage. S. 1-11
- Bell, A.; Wittmann, C.; Luxemburger, J. (1998): Pflegeverständnis/Was heißt Pflege? In: Bleses, H. (1998a): Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH. Pflegefachzeitschrift. 50. Jahrgang 2/98. Stuttgart: Kohlhammer. Beilage. S. 1-11
- Benner, P. (1984): From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical nursing Practice. Massachusetts: Addison-Wesly-Publishing
- Benner, P. (1997): Stufen der Pflegekompetenz = From novice to expert. Aus dem engl. Übers. von Matthias Wengenroth. 2. Nachdruck. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Benner, P.; Wrubel, J. (1997): Pflege, Streß und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Aus dem Amerikan. von Irmela Erckenbrecht. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Bienstein, C. (1989): Inhalt und Zielsetzung der patientenorientierten Pflege. In: Krankenpflege (DBFK) 5; S. 214-216
- Bischoff, C. (1987): Von der weiblichen Liebestätigkeit zur ganzheitlichen Pflege – ist das ein Fortschritt? Soziale Medizin, 4. S. 4-12
- Bischoff, C. (1993): „Ganzheitlichkeit in der Pflege – Anmerkungen zu einem strapazierten Begriff“. Vortrag gehalten auf der II. Fachtagung des Deutschen Verbandes für Pflegewissenschaft (DVP) in Halle am 03.12.1993
- Bischoff, C. (1994): Ganzheitlichkeit in der Pflege. Anmerkungen zu einem strapazierten Begriff. Mabuse 91
- Bischoff-Wanner, C. (2002): Empathie in der Pflege: Begriffsklärung und Entwicklung eines Rahmenmodells. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Bleses, H. et al (1996): Ganzheitliches Pflegemodell soll die Pflege verbessern. In: Pflegefachzeitschrift. 49. Jahrgang, 2/96. Stuttgart: Kohlhammer. S. 116 – 118
- Bleses, H. (1997c): Entwicklung und Erprobung eines ganzheitlichen Pflegesystems. In: Büssing, A. (Hrsg.) (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie. S. 269 - 288
- Bleses, H., Heuvelmann M., et al. (1998): Formale Grundlagen als Instrumente des Qualitätsmanagements. In: Prognos (Hrsg.) (1998c): Patientenorientierung – eine Utopie?: Modellerfahrungen im

- Pflegedienst der St. Elisabeth Krankenhaus Mayen GmbH. Stuttgart: G. Fischer. S. 143 -180
- Bleses, H. (1998a): Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH. In: Pflegefachzeitschrift. 50. Jahrgang 2/98. Stuttgart: Kohlhammer. Beilage. S. 1-11
- Bleses, H., Lampmann, P. (1998b): Gestaltungsfelder für Patientenorientierte Pflegeorganisation. In: Prognos (Hrsg.) (1998c): Patientenorientierung – eine Utopie?: Modellerfahrungen im Pflegedienst der St. Elisabeth Krankenhaus Mayen GmbH. Stuttgart: G. Fischer. S. 181 – 208
- Bleses, H. (2001): Patientenorientierung – eine Utopie? In: Landenberger, M.; Münch, M. (Hrsg.) (2001): Innovation in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 61-69
- Bönsch, M. (2000): Patientenorientierung zwischen Kundenwerbung und konstruktiv-systemischer Menschenbehandlung. In: Pflegemanagement. PR-Internet 1/00. S.19 –26
- Bortz, J., Döring, N. (1995): Forschungsmethoden und Evaluation. 2. vollst. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer
- Braun von Reinersdorf, A. (2002): Strategische Krankenhausführung. Vom Leanmanagement zum Balanced Hospital Management. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Bruhn, M. (1995c): Internes Marketing als Baustein der Kundenorientierung. In: Die Unternehmung, 49. Jg. Nr. 6. S. 381 - 402
- Bruhn, M. (1999): Kundenorientierung. Bausteine eines exzellenten Unternehmens. 1. Auflage. München: Verlag C.H. Beck
- Bruhn, M. (2003): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 4. verbesserte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris, Tokio: Springer
- Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung [Hrsg.] (1983): Zur Humanität im Gesundheitswesen. Bonn-Bad Godesberg
- Busch, J. (1995): „Was der Patient sagt ...“ Die Reflexion der Krankenpflege in Autobiographien von Patienten. Baunatal: BVS - Junge Pflegewissenschaft
- Büssing, A.; Barkhausen, M. (1997): Interdisziplinäre Zusammenarbeit und ganzheitliche Pflege. Eine systemorientierte Schnittstellenanalyse. In: Büssing, A. (Hrsg.) (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie. S. 163 – 192
- Büssing, A.; Glaser, J. (1997): Ganzheitliche Pflege und Arbeitsbelastung. In: Büssing, A. (Hrsg.) (1997): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. Reorganisation von Dienstleistungsprozessen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie. S. 301- 320
- Büssing, A.; Barkhausen, M.; Glaser, J. (1998): Modernisierung der Pflege durch ganzheitliche Pflegesysteme? Ergebnisse einer formativen Evaluation. In: Pflege, Heft 4. S. 183 – 191
- Delbanco, T. (1998): Through the patient's eyes: learning from patient and looking forward. In: Ruprecht (Hrsg.) (1998): Experten fragen - Patienten antworten: patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen. Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. Hippe. S. 31 – 35
- Eichhorn, S. (1993): Patientenorientierte Krankenhausorganisation. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik, und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa-Verlag. S. 241-253
- Eichhorn, S. Schär, W. (1997): Kosten, Kunden, Qualität. Eine Analyse, Teil 1. In: Heilberufe 49, Heft 6. S. 14 – 16
- Fawcett, J. (1998): Levines Konversationsmodell. In: Fawcett, J. (1998): Konzeptionelle Modell der Pflege im Überblick. 2. überarb. Aufl. Bern, Göttingen Toronto, Seattle: Huber. S.171-223
- Fawcett, J. (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Aus dem Amerikanischen von Irmela Erckenbrecht. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Fawcett, J. (1999): Leiningers Theorie der transkulturellen Pflege. In: Fawcett, J. (1999): Spezifische Theorien der Pflege im Überblick. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber. S. 50 – 80
- Feuerstein, G.; Badura, B. (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Hans-Böckler-Stiftung: Graue Reihe - Neue Folge Bd. 39. Düsseldorf: Eigenverlag

- Fiechter, V.; Meier, M. (1981): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. Basel: RECOM
- Fiechter, V.; Meier, M. (1993): Pflegeplanung. Eine Anleitung für die Praxis. 9. Aufl., Basel: RECOM
- Flick, U. (1992a) : Entzauberung der Intuition. Triangulation von Methoden und Datenquellen als Strategie der Geltungsbegründung und Absicherung von Interpretationen. In: Hoffmeyer-Zlotnik, J. (Hrsg.): Analyse qualitativer Daten. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 11 - 55
- Flick, U. (1999): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg; Rowohlt's Enzyklopädie
- Frey, G. (2001): Patientenzufriedenheit - cui bono? Online in Internet: URL: <http://www.patientenzufriedenheit.de/DEFINI.HTM>
- Gadmer, H.-G. (1970): Philosophisches Lesebuch. Originalausgabe. Frankfurt am Main, Hamburg: Fischer Bücherei
- Gärtner, H. W. (1997): Das Krankenhaus als System. In: Zwierlein, E. (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberger. S. 119 - 138
- Gesetz zur Reform der gesetzliche Krankenkassen ab dem Jahr 2000 [GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000] (1999): In: Bundesgesetzblatt Jahrgang 1999, Teil I, Nr. 59, ausgegeben zu Bonn am 29. Dezember 1999, S. 2626 – 2656
- Gikas, M. (1988): Paradigmenwechsel in der Medizin? Kritische Bemerkungen zum „ganzheitlichen“ Verständnis von Krankheit und Gesundheit. Die Schwester/Der Pfleger 7. Melsungen: Kohlhammer. S. 572-576
- Gohde, J. (1996): Marktorientierung und Wettbewerb als Herausforderung für die Pflegedienste der Diakonie. Referat anlässlich 3. Evangelisches Symposion „Ambulante sozialpflegerische Dienste“. In: Dokumentation: Menschen pflegen Menschen. Mainz.
- Habermas, J. (1981): Theorie des kommunikativen Handelns. Bd. I und II. 2. Aufl. Frankfurt: Suhrkamp
- Haubrock, M.; Schär, W. (2001): Management im Gesundheitswesen. Beiträge aus Lehre, Forschung und Praxis des Studiengangs Pflege/Pflegemanagement an der Evangelischen Fachhochschule Berlin. Halbjahresschrift für Angewandtes Management im Gesundheitswesen, Heft Nr. 6/ 2001. S. 13 - 18
- Hildebrand, R. (1999): Das bessere Krankenhaus. Total Quality planen, umsetzen, managen. Neuwied, Kriftel: Luchterhand
- Jick, T. (1983): Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. In: Maanen, J. v. (Hrsg.) Qualitative Methodology. London: Sage. S. 135 - 148
- Juchli, L. (1985): Heilen und Wiederentdecken der Ganzheit. Stuttgart: Kreuz-Verlag
- Juchli, L. (1992): Ganzheitliche Pflege: Vision oder Wirklichkeit. [Ill.: Marguerite Dupaspuier]. 2. Aufl. Basel, Baunatal: Recom
- Kaase, M.; Ott, W.; Scheuch, E. K. (1983): Empirische Sozialforschung in der modernen Gesellschaft. Frankfurt
- Kampmeyer, D.; Schulte, J. (1986): Umfassende und geplante Pflegetätigkeit im Krankenhaus. Köln: Hohenlinder Schriftenreihe
- Käppeli, S. (1988): Moralische Handeln und berufliche Unabhängigkeit in der Krankenpflege. Pflege, 1. S. 20-27
- Kellnhauser, E. (1996): Humanität und Wirtschaftlichkeit in der Pflege. In: Die Schwester/Der Pfleger, 35. Jahrg., 4/96. Melsungen: Kohlhammer
- Köhler, T. (1995): Rechtliche Aspekte einer veränderten Arzt- Versicherten- Beziehung. In: Tagungsbericht 2. „Tübinger Begegnung: Traumatologie und Recht“. Interdisziplinärwissenschaftliches Symposium über „Wandel der gegenseitigen Beziehung des Unfallverletzten und behandelnden Arztes“ am 22. Oktober 1994 in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen, ed. Landesverband Südwestdeutschland der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Heidelberg. S. 85-95
- Kötz, W. (1972): Zur Dienstleistungsökonomie. Systemanalyse und Systempolitik der Krankenhauspflegedienste. Berlin: Herder-Dorneich
- Kurella, S.; Hüttner, H. (1979): Das soziale Wesen Patient. In: Hüttner, H.; Harych, I.; Keune, H. et al.:

Der Patient im Krankenhaus. Berlin. S 14-30

- Langediekhoff, U. (1999): Patientenorientierung in der Pflege. Denkanstöße für den pflegerischen Alltag. Patientenorientierung nützt Kunden, Patienten, und dem Krankenhaus. In: Die Spritze 1/1999
- Lauber, A.; Schmalstieg P. (2001): Wahrnehmen und Beobachten. 1. Aufl., Stuttgart, New York: Thieme
- Leininger, M. M. (1985): Transcultural care diversity and universality: A theory of nursing. Nursing Science Quarterly, 1. S. 152-160
- Leininger, M. M. (1991): Culture Care. Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing
- Leininger, M. M. (1991a): The theory of culture care diversity and universality. In: Leininger, M.M. (Ed.): Culture care diversity and universality: A theory of nursing. New York: National League for Nursing. S. 5-66
- Levine, M. E. (1989a): Beyond dilemma. Seminars in Onkologie Nursing, 5. S. 124-128
- Mayring, P. (1995): Analyseverfahren erhobener Daten. In: Flick, U.; Kardorff, E. v.; Keupp, H.; Rosenstiel, L. v.; Wolff, S. [Hrsg.]: Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl., Weinheim: Psychologie Verlags Union, Beltz
- Mayring, P. (1997): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz
- Mayring, P. (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- MediaLine.Fakten.Medialexikon:  
<http://medialine.focus.de/PM1D/PM1DB/PM1DBF/pm1dbf.htm?stichwort=indikator>. 27.4.2004
- Meier, M. (1989): Die Bedeutung des Begriffs Ganzheitlichkeit bei verschiedenen Autoren. In: Pflege, Band 2, Heft 1. S. 27 – 35
- Orem, D. (1985): Nursing - Concepts of Practice. 3. Auflage. New York, London, Hamburg
- Ostner, I.; Beck-Gernsheim, E. (1981): Mitmenschlichkeit im Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt/M., New York: Campus
- Peplau, H. (1965): The heart of nursing: Interpersonal relations. The Canadian Nurse, 61. S. 273-275
- Pflegeleitbild St. Elisabeth Krankenhaus Mayen (1995): Unveröffentlichte Broschüre. Mayen
- Phillips, D. L. (1971): Knowledge from what? Chicago
- Prognos (Hrsg.) (1998c): Patientenorientierung – eine Utopie?: Modellerfahrungen im Pflegedienst der St. Elisabeth Krankenhaus Mayen GmbH. Stuttgart: G. Fischer
- Richter, D.; Saake, I. (1996): Die Grenzen des Ganzen. Eine Kritik holistischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. Pflege, Band 9, Heft 1. Bern: Huber. S. 171 – 179
- Rieder, K. (1999): Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege. Weinheim: Juventa-Verlag
- Satzinger, W. (1998): Der Weg bestimmt das Ziel? Zur Rolle der Erhebungsverfahren bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Ruprecht, T. M. (Hrsg.) (1998): Experten fragen - Patienten antworten: Patientenzentrierte Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen; Konzepte, Methoden, praktische Beispiele. Sankt Augustin: Asgard-Verlag. Hippe. S. 101 – 108
- Satzinger, W.; Raspe, H. (2001): Weder Kinderspiel noch Quadratur des Kreises. Eine Übersicht über methodische Grundprobleme bei Befragungen von Krankenhauspatienten. In: Satzinger, W., Trojan, A., Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.): Patientenbefragungen in Krankenhäusern. Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Bd. 15, Sankt Augustin: Asgard-Verlag, S. 41-80
- Scheuch, E. (1973): Das Interview in der Sozialforschung. In: König, R. (Hrsg.) (1973): Handbuch der empirischen Sozialforschung. Band 2. Grundlegende Methoden und Techniken, 1. Teil Stuttgart. S. 66– 199
- Schmidt, H. (1991): Philosophisches Wörterbuch. Neu bearb. von Georgi Schischkoff. 22. Aufl. Stuttgart: Körner
- Schnell, R. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. völlig überarb. und erw. Aufl. München, Wien: Oldenbourg



- Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E. (1999): Datenerhebungstechniken. In: Schnell, R. (1999): Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. völlig überarb. und erw. Aufl. München, Wien: Oldenbourg
- Seidl, E. (1993): Pflege im Wandel. 2. Auflage. Wien, München, Bern: Verlag Wilhelm Maudrich
- Simon, M. (1997): Die Reform im Krankenhaus. „Kunden“ im Gesundheitszentrum. Arbeitsgruppe Publik Health. In: WZB Mitteilungen. *Heft 77*. S. 29-32
- Sitzia, J.; Wood, N. (1998): Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies. *International Journal for Quality in Health care*. 10. S. 311-317
- Stöhr, C.; Stöhr, H. (1997): High-Tech-Medizin, Standards und der Patient als Individuum – Konkurrenz oder Synergie? In: Zwierlein, E. (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberger. S. 369 - 381
- Straub, C. (1993): Qualitätssicherung im Krankenhaus: Die Rolle des Patienten. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.) (1993): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, München: Juventa-Verlag. S. 376 – 389
- Straub, C; Arnold, M.M.; Selbmann H.K. (1998): Patientenorientierte Versorgung im Krankenhaus. Bericht Nr. 1. Institut für Med. Informationsverarbeitung der Universität Tübingen
- Struppe, M.; Satzinger, W. (2001): Eine methodische Grundvariante von Patientenbefragungen: Der ereignisorientierte Ansatz. In: Satzinger, W.; Trojan, A.; Kellermann-Mühlhoff, P. (Hrsg.) (2001): Konzepte, Methoden, Erfahrungen. Schriftenreihe Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Bd. 15, Sankt Augustin: Asgard-Verlag, S. 285-290
- Taubert, J. (1983): Menschengerechte Krankenpflege. *Deutsche Krankenpflege Zeitschrift* 36; 4. S. 196-199
- Taubert, J. (1992): Pflege auf dem Weg zu einem neuen Selbstverständnis. Berufliche Entwicklung zwischen Diakonie und Patientenorientierung. Frankfurt a. Main: Mabuse-Verlag, Wissenschaft
- Theisinger, J. (1997): Qualität bedeutet, Anforderungen zu erfüllen. In: *Pflegezeitschrift*, *Heft 12*. S. 747 - 751
- Thill, K.-D. (1999): Kundenorientierung und Dienstleistungsmarketing für Krankenhäuser. Theoretische Grundlagen und Fallbeispiele. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Wahrig, G. (2002): Deutsches Wörterbuch. 7. vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Auflage. Gütersloh, München: Wissen Media Verlag GmbH
- Watson, J. (1996): Pflege: Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Wittmann, C.; Luxemburger, J. (1998): Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. In: Bleses, H. (1998a): Das Pflegekonzept des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen GmbH. In: *Pflegefachzeitschrift*. 50. Jahrgang 2/98. Stuttgart: Kohlhammer. Beilage. S. 1-11
- Wittneben, K. (1991): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Pflegelehrkraft. Über Voraussetzungen und Perspektiven einer kritisch-konstruktiven Didaktik in der Krankenpflege. Frankfurt am Main, Bern, New York, Paris: Lang
- Wittneben, K. (1993): Patientenorientierte Theorieentwicklung als Basis einer Pflegedidaktik. In: *Pflege*. Band 6, Heft 3. S. 203 - 209
- Wittneben, K. (1998): Pflegekonzepte in der Weiterbildung zur Lehrkraft. Über Voraussetzungen einer kritisch-konstruktiven Didaktik in der Krankenpflege. 4. überarb. Auflage. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Lang
- Witzel, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus
- Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie. Weinheim: Beltz. S. 227 – 256
- Zwierlein, E. (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberger
- Zwierlein, E. (1997): Das Krankenhaus der Zukunft – Die Zukunft des Krankenhauses. Auf dem Weg zum „Magnet-Krankenhaus“. In: Zwierlein, E. (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberger

## **Abkürzungsverzeichnis**

a.a.O.	an angegebenem Ort
Abs.	Absatz
ders.	derselbe
dies	dieselbe(n)
FN	Fußnote
KH I	Krankenhaus I
KH II	Krankenhaus II
s.	siehe
S.	Seite
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
z. T.	zum Teil

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Entwicklungsprozesse im und nach dem Modellprojekt	7
Abbildung 2: Integriertes System zur Messung der Kundenorientierung von Manfred Bruhn (1999)	18
Abbildung 3: Einflussfaktoren auf das Interaktionsgeschehen im Betreuungsprozess Patient/ Mitarbeiter	26
Abbildung 4: Begriffsbestimmung Patientenorientierung	28
Abbildung 5: Modell der Patientenorientierung	31
Abbildung 6: Messung der Patientenorientierung	32
Abbildung 7: Prozessorientierter Aufbau und Ablauf der Befragung	52
Abbildung 8: Altersgruppen der Befragten	63
Abbildung 9: Durch wen wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen?	67
Abbildung 10: Ich wurde bei der Aufnahme an der Rezeption freundlich empfangen	68

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Sozio-biographische Daten der interviewten Patienten	46
Tabelle 2: Abweichende Items bei den Service-Angeboten	54
Tabelle 3: Entwicklung der Patientenzahlen im KH I	56
Tabelle 4: Krankenhäuser im Umfeld des KH I	56
Tabelle 5: Entwicklung/Patientenzahlen im KH II	58
Tabelle 6: Krankenhäuser im Umfeld des KH II	58

Tabelle 7: Befragte Patienten beider Krankenhäuser	62
Tabelle 8: Geschlecht der Befragten	63
Tabelle 9: Krankenversicherung der Befragten	64
Tabelle 10: Beruf der Befragten	64
Tabelle 11: Reliabilität der Dimension „Patientenorientierte Leistungen und Interaktionen“	65
Tabelle 12: Vergleich der Einrichtungen	66
Tabelle 13: Ausschilderung und Untersuchungsräume	69
Tabelle 14: Ausstattung der Patientenzimmer und sanitären Einrichtungen	69
Tabelle 15: Vergleich der Einzelitems zu „Räumlichkeiten und Ausstattung“	70
Tabelle 16: Kommunikationsqualität Pflege (Angaben in Prozent)	71
Tabelle 17: Pflege-/Behandlungsqualität Pflege (Angaben in Prozent)	72
Tabelle 18: Informations-/Beratungsqualität Pflege (Angaben in Prozent)	73
Tabelle 19: Interaktionsqualität Pflege (Angaben in Prozent)	74
Tabelle 20: Kommunikationsqualität Ärztliche Behandlung/Differenzierung nach Abteilungen	75
Tabelle 21: Kommunikationsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)	76
Tabelle 22: Kommunikationsqualität Ärzte /Differenzierung nach Abteilungen	76
Tabelle 23: Behandlungsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)	77
Tabelle 24: Informations-/Beratungsqualität Ärzte, Zuständigkeit im Abteilungsvergleich	77
Tabelle 25: Informations-/Beratungsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)	78
Tabelle 26: Informations-/Beratungsqualität Ärzte, Infos zum Verhalten im Abteilungsvergleich	79
Tabelle 27: Vergleich der Einzelitems zur „Information-/Beratungsqualität“	79
Tabelle 28: Interaktionsqualität Ärzte (Angaben in Prozent)	80
Tabelle 29: Behandlungsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)	81
Tabelle 30: Informations-/Beratungsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)	81
Tabelle 31: Service- und Dienstleistungsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)	82
Tabelle 32: Interaktionsqualität Funktionsdienst (Angaben in Prozent)	82
Tabelle 33: Vergleich der Einzelitems zur „Entlassung“	83
Tabelle 34: Vergleich des Einzelitems „Fragen nach der Entlassung“	83
Tabelle 35 : Vergleich der Einzelitems „Zusatzangebote“	84
Tabelle 36: Gesamturteil zum Krankenhausaufenthalt (Angaben in Prozent)	84

## **Anhang**

Anhang 1:	Interview-Leitfaden zur Ermittlung von Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen von Patienten im Krankenhaus
Anhang 2:	Fragebogen zur Erfassung der Ausprägung von Indikatoren der Patientenorientierung im Krankenhaus (FIND – PO – KH)
Anhang 3	Persönliche Daten und Berufliche Biographie

## **Erklärung an Eides Statt**

Hiermit erkläre ich, dass ich die Dissertationsschrift selbst und ohne die Hilfe Dritter verfasst habe. Sie stellt auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten dar und alle benutzen Hilfsmittel sowie Literatur sind vollständig angegeben.

Helma Bleses

Landscheid, den

**Interview-Leitfaden zur Ermittlung von Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen von Patienten im Krankenhaus**

**Vorinformation an die Patienten:**

Grund und Dauer des Gesprächs, Zusicherung der Anonymisierung der Daten, Einverständnis zur Aufzeichnung auf Tonband und anschließender Verwertung für die vorliegende Studie

**Sozio-biographische Daten**

Erhebung der sozio-biographischen Daten der Befragten

**Einstiegsimpuls**

„Stellen sie sich vor, als sie hier ins Krankenhaus kamen und was sie da erwartet hat. Ich möchte sie begleiten von der Aufnahmen bis zum heutigen Tag: Worauf legen Sie besonderen Wert?“

**Ziel:**

Indikatoren für Patientenorientierung durch die Antworten der Patienten abzusichern bzw. zu ergänzen oder zu korrigieren.

**Folgende Leitfragen wurden gestellt:**

1. Worauf legen Sie neben einer qualifizierten Pflege und ärztlichen Betreuung besonderen Wert im Krankenhaus?
2. Worauf legen Sie besonderen Wert bei Ihrer Aufnahme im Krankenhaus?
3. Worauf legen Sie besonderen Wert bei den Räumlichkeiten im Krankenhaus?
4. Worauf legen Sie besonderen Wert bei Ihrer pflegerischen Betreuung?
5. Worauf legen Sie besonderen Wert bei Fragen zu Ihrer ärztlichen Betreuung?
6. Worauf legen Sie besonderen Wert bei Ihren Untersuchungen und Ihrer Behandlung?
7. Worauf legen Sie besonderen Wert beim Serviceangebot im Krankenhaus?
8. Worauf legen Sie besonderen Wert bei Ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus?

**Postskript:**

**Situation:** Auffälligkeiten, Besonderheiten während des Gesprächs

**Persönliches Verhalten:** Sprachverhalten, Blickrichtung im übertragenen Sinne

**Gesamteindruck:** Umgang mit Erkrankung und dem Krankenhausaufenthalt, Gestik, Mimik

## Fragebogen zur Erfassung der Ausprägung von Indikatoren der PatientenOrientierung im Krankenhaus (FIND – PO – KH)

Station:

Fragebogen Nr.:

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des St. Elisabeth Krankenhauses Mayen bemühen sich, Ihnen den Aufenthalt so angenehm wie möglich zu gestalten. Damit dieses gelingt, sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen.

Wir führen derzeit eine Befragung durch, um zu erfahren, ob die Bedingungen im St. Elisabeth Krankenhaus Mayen Ihren Erwartungen, Bedürfnissen und Wünschen entsprechen.

Lob und Anerkennung freut alle Schwestern/Pfleger\*, Ärztinnen/Ärzte\* und alle Mitarbeiter\* des Krankenhauses. Wenn es jedoch etwas zu verbessern gibt, möchten wir das ebenfalls von Ihnen erfahren, um entsprechende Veränderungen vornehmen zu können.

Deshalb möchten wir Sie bitten, sich ein wenig Zeit zu nehmen und den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Es stehen Ihnen jeweils verschiedene Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Bitte kreuzen Sie pro Aussage nur eine Antwort im zutreffenden Kästchen an.

#### Ein Beispiel:

Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu
Die Ausschilderung im Krankenhaus ist gut.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzungen zu den jeweiligen Fragen können Sie am Ende jeder Seite vornehmen.

Bitte beachten Sie: Es gibt keine "richtige" oder "falsche" Antwort!

Nur Ihre Meinung zählt und ist wichtig.

Sie können sicher sein, daß Ihre Angaben im Fragebogen vertraulich und anonym behandelt werden.

Wenn Sie Fragen zum Ausfüllen des Fragebogens haben, können Sie sich gerne an Frau Annen wenden, die Sie über die Tel.-Nr. 209 erreichen. Ihren Namen brauchen Sie dabei nicht zu nennen.

*\* Im Text steht hier die weibliche oder männliche Form stellvertretend auch für das jeweilig andere Geschlecht.*

## 1. Fragen zu Ihrer Einweisung und Aufnahme hier im Krankenhaus

1.1	Durch wen wurden Sie ins Krankenhaus eingewiesen ?							
	den Hausarzt	<input type="checkbox"/>	einen Notarzt	<input type="checkbox"/>	einen Facharzt	<input type="checkbox"/>	Sie selbst	<input type="checkbox"/>
1.2	Durch wen wurden ihre Personalien und Angaben zur Versicherung bei der Aufnahme hier im Krankenhaus erteilt ?							
	Sie selbst	<input type="checkbox"/>	eine andere Person				<input type="checkbox"/>	
1.3	Mußten Sie bei der Aufnahme an der Rezeption lange warten?							
	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie lange?	ca. _____Minuten		
1.4	Mußten Sie bei der Aufnahme auf der Station lange warten?							
	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, wie lange?	ca. _____Minuten		

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu
1.5	Ich wurde bei der Aufnahme an der Rezeption freundlich empfangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Bei der Erledigung der Formalitäten bekam ich die nötige Unterstützung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Das Personal in der Aufnahme hat mir geholfen, den Weg zur Station/ bzw. zu den Untersuchungsräumen zu finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Wünsche bezogen auf Ihre Aufnahme?		Ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>	

Wenn ja, welche? (Bitte ggf. Rückseite verwenden):

## 2. Fragen zu den Räumlichkeiten im St. Elisabeth Krankenhaus Mayen

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu
2.1	Die Ausschilderung hier im Krankenhaus finde ich übersichtlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Die Räume, in denen ich untersucht wurde, konnte ich leicht finden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Die Ausstattung der Patientenzimmer entsprach meinen Bedürfnissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Die sanitäre Ausstattung in den Patientenzimmer entsprach meinen Bedürfnissen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Wünsche bezogen auf die Räumlichkeiten?		Ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>	

Wenn ja, welche? (Bitte ggf. Rückseite verwenden):

### 3. Fragen zu Ihrer Betreuung durch Schwestern und Pfleger

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu
3.1	Die Schwester erkundigte sich nach meinen Beschwerden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Die Schwester fragte mich nach meinen Lebensgewohnheiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3	Die Schwester fragte mich nach meinen Erfahrungen in Bezug auf Erkrankungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4	Die Schwester interessierte sich für meine Erwartungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	Die Schwester sprach meine Pflegemaßnahmen mit mir ab.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6	Die Schwester reagierte auf mein Befinden so, daß ich mich gut aufgehoben fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7	Die Schwester überlegte mit mir gemeinsam, wodurch mein Befinden verbessert werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8	Die Schwester gab mir bei den Pflegemaßnahmen soviel Unterstützung wie ich brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9	Die Schwester nahm bei den Pflegemaßnahmen Rücksicht auf meine Bedürfnisse und Wünsche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10	Die Schwester half mir herauszufinden, wie ich mit meiner Erkrankung umgehen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.11	Es interessierte die Schwester, wie ich mich fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.12	Die Schwester sorgte dafür, daß ich so unabhängig wie möglich sein konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.13	Die Schwester zeigte mir, daß sie Verständnis für meine Sorgen und Probleme hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.14	Die Schwester bemühte sich darum, daß ich mich auf der Station und in meinem Zimmer wohl fühlte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.15	Die Schwester sorgte dafür, daß ich zwischen den einzelnen Pflegemaßnahmen soviel Ruhe hatte, wie ich brauchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.16	Die Schwester nahm sich Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.17	Die Schwester überprüfte, wie sich die Behandlung und Pflege bei mir auswirkte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.18	Die Schwester munterte mich auf, wenn es mir nicht gut ging.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.19	Die Schwester achtete darauf, daß meine Wünsche und Erwartungen in Bezug auf meinen Angehörigen erfüllt wurden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.20	Das Essen-/ und Getränkeangebot wurde mit mir abgesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.21	Die Schwester half mir, auch kleine Fortschritte zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.22	Die Schwester begegnete mir mit Respekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.23	Die Schwester zeigte mir, daß ich mich auf sie verlassen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.24	Die Schwester nahm mich mit meinen Bedürfnissen ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Wünsche bezogen auf die Betreuung durch die Schwestern? Ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche? (Bitte ggf. Rückseite verwenden):



#### 4. Fragen zur Untersuchung, Behandlung und Betreuung durch Ärzte

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu
4.1	Ich wußte, welcher Arzt für mich zuständig war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	Der Arzt nahm sich Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	Der Arzt erklärte mir vorab das Vorgehen bei meiner Untersuchung (z.B. Blutuntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Darmuntersuchungen) so, daß ich es verstand.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	Der Arzt unterrichtete mich, warum welche Untersuchungen (s.o.)/ Behandlung bei mir durchgeführt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	Der Arzt klärte mich über meine Erkrankung auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	Ich wurde vom Arzt beraten, wie ich mich zukünftig mit meiner Erkrankung verhalten sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7	Der Arzt berücksichtigte meine Wünsche, die ich in Bezug auf die Aufklärung meiner Angehörigen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.8	Die Ärzte bemühten sich darum, daß ich keine Schmerzen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.9	Der Arzt erklärte mir bei der Untersuchung, was er tat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.10	Ich hatte den Eindruck, daß meine Behandlung speziell auf mich abgestimmt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.11	Die Ärzte gingen respektvoll mit mir um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.12	Die Ärzte bemühten sich, mir die Angst vor der Untersuchung, Behandlung, Operation zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.13	Die Ärzte bemühten sich, daß meine Intimsphäre bei der Untersuchungen gewahrt wurde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.14	Die Ärzte nahmen mich mit meinen Bedürfnissen ernst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.15	Die Ärzte zeigten mir, daß sie Verständnis für meine Sorgen und Probleme haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.16	Den Ärzten konnte ich vertrauen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.17	Die Ärzte informierten mich rechtzeitig über meinen Entlassungstermin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Wünsche bezogen auf die Betreuung durch die Ärzte? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche? (Bitte ggf. Rückseite verwenden):

## 5. Fragen zur Betreuung durch Mitarbeiter der Funktionsabteilung

(Röntgenabteilung, Endoskopie, EKG, Lungenfunktion, Physikalische Therapie, Labor)

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	trifft voll zu	trifft zum Teil zu	trifft wenig zu	trifft überhaupt nicht zu
5.1	Die Mitarbeiterinnen bemühten sich, mir die Angst vor der Untersuchung/ Behandlung zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	Die Mitarbeiterinnen gaben sich Mühe, meine Intimsphäre bei der Untersuchungen / Behandlung zu wahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	Die Mitarbeiterinnen erklärten mir, wie ich mich bei meiner Untersuchung / Behandlung verhalten sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4	Die Mitarbeiterinnen achteten darauf, daß ich keine Schmerzen hatte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5	Die Mitarbeiterinnen erklärten bei der Untersuchung/ Behandlung, was sie tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.6	Die Mitarbeiterinnen nahmen sich Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.7	Die Mitarbeiterinnen ließen mich nicht lange warten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.8	Die Mitarbeiterinnen gingen respektvoll mit mir um.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Wünsche bezogen auf die Betreuung durch die Mitarbeiter der Funktionsabteilungen?

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche? (Bitte ggf. Rückseite verwenden):

---

## 6. Wünsche zu Ihrer Entlassung aus dem St. Elisabeth Krankenhaus Mayen

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	ja	nein
6.1	Ich lege Wert auf ein Abschlußgespräch mit dem Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Ich möchte das Krankenhauspersonal anrufen können, wenn ich nach meiner Entlassung noch Fragen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Ich lege Wert auf ein Abschlußgespräch mit der Schwester.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Ich lege Wert auf ein Abschlußgespräch mit dem Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Wünsche bezogen auf Ihre Entlassung?

ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche? (Bitte ggf. Rückseite verwenden):

---

## 7. Fragen zu den Zusatzangeboten im St. Elisabeth Krankenhaus Mayen

7.0	Ich habe eine Informationsbroschüre über die Zusatzangebote erhalten			
	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

### Wie gut waren die Angebote auf Ihre Wünsche abgestimmt ?

	Bitte bewerten Sie folgende Punkte mit:	Nicht in Anspruch genommen	Sehr gut	gut	weniger gut	nicht gut
7.1	Service in der Cafeteria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Gottesdienst / Seelsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Angebot des Sozialdienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	Angebot im Kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5	Möglichkeiten zum Friseurbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6	Zugang zu Fernseher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7	Zugang zu Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8	Zusätzliche Fitnessangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.9	Nutzungsmöglichkeiten der Grünanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Wünsche bezogen auf die Zusatzangebote?

Ja ☐

nein ☐

Wenn ja, welche?:

---

## 8. Wir wünschen uns von Ihnen ein Gesamturteil über Ihren Aufenthalt im St. Elisabeth Krankenhaus Mayen

	Bitte beantworten Sie folgende Fragen mit:	Sehr gut	gut	weniger gut	nicht gut
8.1	Die Betreuung durch die Ärzte/ Ärztinnen war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Die Betreuung durch die Schwestern / Pfleger war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Die Betreuung durch die Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen der Funktionsabteilungen war:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bitte beantworten Sie folgende Frage mit:	ja	wahrscheinlich ja	Wahrscheinlich nicht	nein
8.4	Wenn ein Krankenhausaufenthalt erforderlich wäre, würde ich wieder in das St. Elisabeth Krankenhaus Mayen kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie weitere Wünsche bezogen auf das St. Elisabeth Krankenhaus Mayen?

---

---

Was hat Ihnen besonders gut im St. Elisabeth Krankenhaus Mayen gefallen?

---

---

**9. Bitte beantworten Sie uns zum Schluß noch folgende Fragen zu Ihrer Person:**

9.1	Seit wie viel Tagen sind Sie jetzt im Krankenhaus	seit _____	Tagen
9.2	Alter:	Jahre	
9.3	Geschlecht	weiblich	<input type="checkbox"/>
		männlich	<input type="checkbox"/>
9.4	Religion:	katholisch	<input type="checkbox"/>
		evangelisch	<input type="checkbox"/>
		ohne Religionszugehörigkeit	<input type="checkbox"/>
		sonstige	<input type="checkbox"/>
9.5	Wie sind Sie krankenversichert?	gesetzlich	<input type="checkbox"/>
		privat	<input type="checkbox"/>
9.6	Haben Sie Angehörige?	ja	<input type="checkbox"/>
		nein	<input type="checkbox"/>
9.7	Welcher Berufsgruppe gehören Sie an?	Auszubildende/ Auszubildender	<input type="checkbox"/>
		Hausfrau/ Hausmann	<input type="checkbox"/>
		Angestellte/ Angestellter	<input type="checkbox"/>
		Arbeiterin/ Arbeiter	<input type="checkbox"/>
		Beamtin/ Beamter	<input type="checkbox"/>
		Selbständige/ Selbständiger	<input type="checkbox"/>
		Rentnerin/ Rentner	<input type="checkbox"/>
		Sonstige, und zwar _____	<input type="checkbox"/>

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung durch die  
Beantwortung der Fragen !**